

# TIEDOSTA ARVIOINTIIN

tavoitteena paremmat palvelut

## Sosiaali-ja terveyspalvelut Kanta-Häme

### Asiantuntija-arvio, kevät 2018

THL:n asiantuntijaryhmä



## Toimeksianto ja toteutus

Valtiovarainministeriö koordinoi syksyllä 2018 päättyvää maakuntatalouden simulaatioharjoitusta. Sen avulla testataan maakuntien talous- ja ohjausprosessia ja talouspäätösten tekemistä uudessa järjestelmässä. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa harjoituksessa maakuntien sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausta koskevasta osuudesta.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on koonnut simulaatioharjoituksessa käytettävän tietopohjan ja antaa tässä raportissa asiantuntija-arvion tulevan maakunnan suoriutumisesta sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisessä. Asiantuntija-arvion tuottamisesta on vastannut [THL:n asiantuntijaryhmä](#). Harjoituksessa saatavaa tietoa ja kokemuksia tullaan hyödyntämään maakuntien arvioinnin kehittämässä. Arviointiharjoituksella ei ole vaikutusta tulevien maakuntien rahoituksen määräytymiseen.

### ARVIOINNIN SISÄLTÖ POHJAUTUU LAINSÄÄDÄNTÖÖN

Arvioinnin sisältö rakentuu maakunnan suoriutumiskyvyn ulottuvuuksista, joita ovat palvelujen saatavuus, laatu ja vaikuttavuus, asiakaslähtöisyys ja yhdenvertaisuus. Arvioinnissa on paneuduttu myös eri sosiaali- ja terveydenhuollon tehtäväkokonaisuuksiin ja otettu huomioon maakunta- ja sote-uudistuksen lakiesitysten tarkoituspykälissä mainitut tavoitteet, valinnanvapautta koskevan lakiluonnoksen tavoitteet sekä keskeisistä sisältöalueista johdetut kokonaisuudet.

### ARVIOINNIN TIETOLÄHTEET MONIPUOLISIA

Arvioinnin tietolähteinä käytettiin maakuntien tuottamaa tietoa sote-valmistelun suunnittelusta, tulevien maakuntien hallinnosta järjestäjänä, organisaatiosta ja toimintatavoista. Indikaattoritietoa koottiin THL:n, Tilastokeskuksen ja eräiden muiden organisaatioiden tietovarannoista. Indikaattoreita voi tarkastella Sotkanetissa kohdasta [Maakuntien seuranta ja arviointi \(simulaatioharjoitus\)](#). Osana arviointia THL:n asiantuntijat vierailivat kaikissa maakunnissa ([ks. Ajankohtaista arvioinnista](#)). Arvioinnissa ei ole käytetty valvontaviranomaisen raportteja, koska riittäviä maakuntakohtaisia tietoja ei ollut saatavilla.

### HARJOITUS KOKOAA KOKEMUKSIA

THL:n tavoitteena simulaatioharjoituksessa oli pyrkiä mahdollisimman todenmukaiseen arvioinnin toteutukseen. Arvioinnissa käytettävät tiedot koottiin saatavilla olevista vertailukelpoisista tietolähteistä. Kyseessä oli myös arviointitiedon kokoamiseen ja käyttöön liittyvä harjoitus, jolloin arviointitulokset ovat lähinnä suuntaa-antavia ja jatkokeskustelua tukevia. Harjoitus toi esiin hyvin sekä arviointiprosessin että tietopohjan kehittämistarpeita. Tulevaisuudessa kattavamman ja ajantasaisemman tietopohjan avulla maakuntien arvioinnissa päästään tarkempiin lopputuloksiin. THL:n sote-tietopohjan kehittämishanke työskentelee näiden haasteiden parissa.

Järjestämislakiluonnoksen (HE 15/2017, § 30 ja 31) mukaan THL:lle on tulossa lakisääteinen maakuntien seuranta- ja arviointitehtävä. Varsinainen arviointitoiminta käynnistyy keväällä 2018. Arviointi on jatkossa oleellinen osa valtakunnallista ohjausjärjestelmää ja se tuottaa pohjatietoa maakuntien omalle ohjaustoiminnalle.

*Pekka Rissanen*  
Arviointijohtaja

*Merja Kovanen*  
Kehittämispäällikkö

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

## Sisällys

Toimeksianto ja toteutus .....	1
Keskeiset havainnot.....	3
Palvelujen järjestämisen yleiset edellytykset .....	4
Sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannukset .....	9
 Tehtäväkokonaisuuksien arviot	
Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen .....	11
Ennaltaehkäisevät palvelut .....	12
Perusterveydenhuolto .....	13
Mielenterveys- ja päihdepalvelut.....	14
Erikoissairaanhoido .....	16
Lasten, nuorten ja perheiden palvelut .....	17
Työikäisten sosiaalipalvelut .....	19
Vammaispalvelut .....	20
Ikäihmisten palvelut.....	21
 Ulottuvuuskohtaiset arviot	
Saatavuus .....	23
Laatu ja vaikuttavuus .....	24
Asiakaslähtöisyys .....	25
Yhdenvertaisuus .....	26
 Kansalliset lähteet .....	27
Alueelliset lähteet .....	27

Maakuntien seurannan ja arvioinnin vastuuhenkilönä on toiminut professori Pekka Rissanen, arviointityötä on koordinoanut Kimmo Parhiala.

### Alueellisina arviointipäälliköinä ovat toimineet

Jonsson, Pia Maria (Pohjanmaa, Satakunta, Varsinais-Suomi)  
 Jousilahti, Pekka (Etelä-Savo, Keski-Suomi, Pohjois-Karjala, Pohjois-Savo)  
 Kovanen, Merja (Etelä-Pohjanmaa, Kanta-Häme, Pirkanmaa)  
 Kärkkäinen, Jukka (Etelä-Karjala, Kymenlaakso, Päijät-Häme, Uusimaa)  
 Syrjä, Vesa (Kainuu, Keski-Pohjanmaa, Lappi, Pohjois-Pohjanmaa)

### Tehtäväkokonaisuus- ja ulottuvuuskohtaisten osioiden kirjoitukseen ovat osallistuneet

Aalto, Anna-Mari; Ahola, Sanna; Alastalo, Hanna; Autio, Eva; Blomgren, Sanna; Elonsalo, Ulpu;  
 Forsell, Martta; Hakulinen, Tuovi; Halme, Nina; Hammar, Teija; Hastrup, Arja; Heino, Tarja; Hetemaa, Tiina;  
 Hietanen-Peltola, Marke; Honkatukia, Juha; Häkkinen, Unto; Ikonen, Riikka; Kapiainen, Satu; Karvonen, Sakari;  
 Kehusmaa, Sari; Kilpeläinen, Katri; Krohn, Minerva; Kuussaari, Kristiina; Lammi-Taskula, Johanna; Linnanmäki, Eila;  
 Liukko, Eeva; Lounamaa, Anne; Luoto, Eija; Lyytikäinen, Merja; Martelin, Tuija; Muuri, Anu; Mäklin, Suvi;  
 Nurmi-Koikkalainen, Päivi; Parikka, Suvi; Partanen, Airi; Reissell, Eeva; Sainio, Salla; Seppänen, Johanna;  
 Sihvo, Sinikka; Siukola, Reetta; Ståhl, Timo; Suvisaari, Jaana; Viertiö, Satu.

## Keskeiset havainnot

*Arvioinnissa on suuria rajoitteita, ja sen tuloksia voidaan pitää enintään suuntaa antavina. Simulaatioharjoituksessa arvioitiin maakunnan sosiaali- ja terveyspalveluja sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä. Kunnat järjestävät ja tuottavat palveluita kuitenkin eri tavoin. Maakuntien toimintaa voidaan arvioida todundenmukaisesti vasta, kun järjestämisvastuu alueen palveluista on siirtynyt niille.*

*Arvioinnissa käytetty tietopohja on vielä monien arviointitulottuvuuksien osalta vajavainen, ja tiedot ovat peräisin vuosilta 2015–2017. Harjoituksen lyhyen keston vuoksi kaikkia arvioinnin sisältöjä ei ole voitu käydä läpi yhdessä maakuntien kanssa. Arviointi ei myöskään kata kaikkia sosiaali- ja terveyspalveluja. Jatkossa arvioinnin tietopohja laajenee, ja kaikki talous- ja toimintatiedot pyritään kokoamaan samalta vuodelta. Erilaisista raportointikäytännöistä johtuvat epätarkkuudet vähenevät jatkossa, kun maakunnat ovat tietoisia kriteereistä, joiden perusteella niiden toimintaa arvioidaan.*

Kanta-Hämeen väestömäärä on pienentynyt kolmena vuotena peräkkäin monipuolisesta elinkeinorakenteesta ja työttömyyden vähenemisestä huolimatta. Koulutuksen ulkopuolelle jäävien ja pitkäaikaisesti toimeentulotukea saavien nuorten osuus on muihin maakuntiin verrattuna korkealla tasolla. Väestö ja palvelut ovat keskittyneet kolmen keskuskaupungin ympärille. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut on järjestetty kolmessa seutukunnassa varsin eri tavoin.

Perusterveydenhuollossa avosairaanhoidon vastaanottokäyntejä oli maakunnassa hiukan vähemmän kuin maassa keskimäärin. Kanta-Hämeen alueella kiirettömän asian vuoksi perusterveydenhuollon lääkärille pääsy oli hyvällä tasolla. Terveyskeskuslääkärin palveluja koki saaneensa riittämättömästi vain viidenes, mikä oli pienin suhteellinen osuus koko maassa. Erittäin pienelle määrälle työikäisistä työttömistä oli tehty työttömien terveystarkastus.

Erikoissairaanhoidon yli kuusi kuukautta odotaneita oli vähän, mutta päivystysaikana ja ensiavun kautta alkaneita hoitojaksoja oli suhteellisen paljon. Kanta-Hämeen päivystyskäyntien määrä oli maakuntien ylimmässä kolmanneksessa; hoitojaksot alkoivat noin puolessa tapauksista päivystyksellisesti ja useimmiten ilman lähetettä.

Lasten, nuorten ja perheiden sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palvelut järjestetään maakunnassa hyvin. Lastensuojelun palvelutarpeen arvioinneissa maakunnassa on onnistuttu kohtalaisesti. Lastensuojelun avohuollon asiakkaiden asiakassuunnitelmia oli tehty kuitenkin vain puolelle asiakkaista. Sosiaalipalvelujen saavutettavuus oli hyvä tasolla.

Osuus, joka iäkkäiden palvelujen menoista käytettiin kotihoidon palveluihin, oli maakunnista pienin. Kotihoidon sekä intensiivisen ja ympärivuorokautisen palvelun tarjonta on maan keskitasoa. Palvelurakenne painottuu keskivertoa enemmän tehostettuun palveluasumiseen ja laitoshoittoon. Muihin maakuntiin verrattuna Kanta-Hämeessä omaishoidossa olevat saivat vähiten kotihoidon tukipalveluja.

Kanta-Hämeessä sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot olivat maan keskitasoa. Palvelutarve oli kuitenkin hieman keskimääräistä suurempi. Siirtymäjälkeen valtionrahoitus asukasta kohden on arvioiden mukaan 33 euroa suurempi kuin kuntien nykyiset sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot. Muutos merkitsee maakunnalle noin 5,7 miljoonan euron lisärahoitusta. Laskelmassa on mukana sote, ympäristöterveydenhuolto ja pelastustoimi.

Maakunnan käynnistysvaiheen strategian, konsernirakenteen ja poliittisen ohjausmallin valmistelu on aloitettu. Maakuntatoimisto koordinoi uudistusvalmistelun kokonaisuutta, ja asiantuntijoita on rekrytoitu lisää vuoden alussa. Maakunnan oman arvion mukaan valmistelun tavoiteaikataulussa pysytään lisäresurssien avulla. Maakunnallista sote-palveluverkkoa suunnitellaan lähipalveluiden sekä seudullisten, maakunnallisten ja ylimaakunnallisten palvelujen kokonaisuudessa, jossa seudut ovat yksi tärkeä taso. Maakunnassa on kolme vahvaa, perinteikästä seutukuntaa, jonka vuoksi maakunnallisen koheesion saavuttaminen voi olla ongelmallista.

## Palvelujen järjestämisen yleiset edellytykset

### Maakunnan alue ja väestö

Kanta-Hämeen maakunnassa on 11 kuntaa ja kolme seutukuntaa, jotka ovat Hämeenlinnan seutu (Hämeenlinna, Hattula, Janakkala), Riihimäen seutu (Riihimäki, Hausjärvi, Loppi) ja Forssan seutu (Forssa, Humppila, Jokioinen, Tammela, Ypäjä). Kanta-Häme kuuluu Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueeseen ja tulevaan yhteistyöalueeseen Etelä-Pohjanmaan ja Pirkanmaan kanssa.

### Alueellinen vauraus

Maakunnan vahvuuksina ovat monipuolinen elinkeinorakenne ja suuri vientitoimintaa harjoittavien pk-yritysten määrä. Teollisuuden vahvoja toimialoja ovat mm. elintarviketeollisuus, kone- ja metalliteollisuus, huonekalu-, puu- ja muoviteollisuus sekä logistiikka. Julkisen sektorin työpaikkojen suuri osuus tasapainottaa ja vakauttaa aluetaloutta. Talouden ja tuotannon rakennemuutos on voimakkaimmin heikentänyt Forssan seutua. Työllisyysaste maakunnassa oli sama kuin koko maassa, 68,7 prosenttia vuonna 2016. Työttömien työnhakijoiden osuus työvoimasta oli 12,2 prosenttia vuonna 2016 (koko maassa 13,7 %). Bruttokansantuote asukasta kohti oli vuonna 2015 Kanta-Hämeessä 31 388 euroa ja koko maassa 38 248 euroa. Työttömien määrän vähentyminen on jatkunut Hämeen ELY-keskuksen alueella sekä kaikissa Hämeen seutukunnissa.

Kanta-Hämeen seutukunnat suoriutuivat hyvin vuonna 2016 tehdyssä 70 seutukunnan aluetalouteen, työllisyyteen, vetovoimaan, tulo- ja veropohjaan sekä osaamiseen liittyvien muuttujien vertailussa. 70 seutua jaettiin viiteen viidennekseen 10 indikaattorin keskiarvon perusteella<sup>1</sup>. Elinvoimaindeksillä mitattuna Hämeenlinnan seutukunta oli maan 6. paras, Riihimäen seutukunta oli sijalla 15 ja Forssan seutukunta sijalla 36.

<sup>1</sup> Elinvoimaindeksiä mittaavat indikaattorit: BKT euroa asukasta kohden (2013), BTV-indeksi (2013), koulutustasomittain (2014), työllisyysaste % (2014), työttömyysaste % (2014), tulonsaajien mediaanitulot euroa per tulonsaaja (2014), taloudellinen huoltosuhde (2014), kunnallis- ja yhteisöverotulot yhteensä euroa asukasta kohden (2014), kokonaisnettomuutto promillea (2010–2014) sekä tutkimus- ja tuotekehityksen menot euroa asukasta kohden (2014)

### Väestönkehitys

Kanta-Hämeessä oli 174 710 asukasta vuoden 2016 lopussa; maakunnan väestömäärä on vähentynyt kolmena vuotena peräkkäin. Tilastokeskuksen vuonna 2015 tekemän ennusteen mukaan väestö kasvaa kuitenkin vuoteen 2030 (179 635). Maakunnan oma, optimistisempi, arvio väestöluvuksi vuonna 2030 on 183 290, ennusteessa on huomioitu mm. kaavoitus. Työikäisen väestön määrän arvioidaan vähenevän huomattavasti tulevana vuosikymmeninä. 75 vuotta täyttäneiden osuuden ennustetaan kasvavan 10,2 prosentista (vuonna 2016) 15,9 prosenttiin vuoteen 2030 (väestötieto 2015). Demografinen huoltosuhde oli 64,5 vuonna 2016 (koko maassa 59,1).

Väestön koulutustaso on maan keskitasoa. Keskiasteen tutkinnon suorittaneita oli enemmän ja korkeasteen tutkinnon suorittaneita vähemmän kuin maassa keskimäärin. Tutkintoa vailla olevien nuorten määrä on ollut kuitenkin korkea, mikä lisää riskiä syrjäytymiseen.

### Väestön hyvinvoinnin ja terveydentilan kehitys

THL:n ikävakioimattoman sairastavuusindeksin mukaan sairastavuus oli jonkin verran vähentynyt. Ajanjaksolla 2011–2013 sairastavuusindeksi oli 103,1 ja ajanjaksolla 2013–2015 indeksi oli 101,2. Matalin sairastavuusindeksi ajanjaksolla 2013–2015 oli Hatulassa (81,3) ja korkein Forssassa (115,6) (Kuvio 1.).

Toimeentulotukea saaneita kotitalouksia vuoden 2016 aikana oli maakunnassa yhteensä 7 489 ja toimeentulotukea saaneita henkilöitä 6,5 prosenttia asukkaista, koko maan vastaava luku oli 7,2 prosenttia.

### Palvelujärjestelmän toiminnan edellytykset

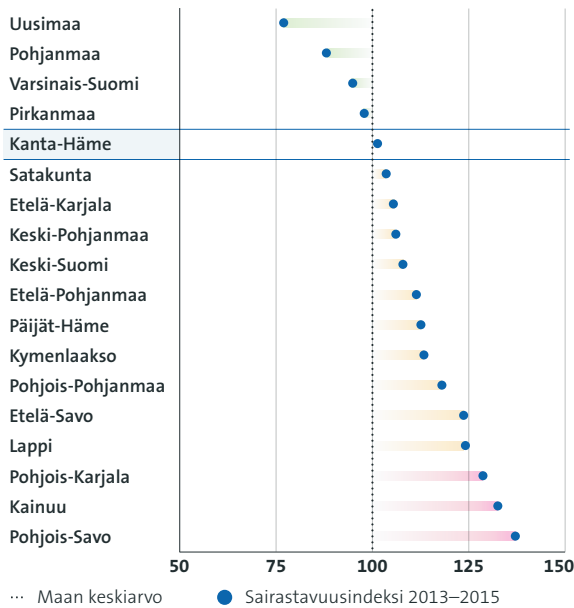
#### Maakunnan organisoituminen

Oma Hämeen valmisteleman uudistuksen muutosvisiona on ”Maakunta olemme me”. Uudistuksen valmisteluun on osallistunut noin 200 asiantuntijaa kunnista, kuntayhtymistä ja valtion aluehallinnosta. Mukana ovat kaikki Kanta-Hämeen 11 kuntaa, Eteva, Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymä, Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri ja Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymä. Maakuntauudistuksen muutosryhmässä on edustajat Hämeen ja Uudenmaan ELY-keskuksista, Etelä-Suomen aluehallintovirastosta, Kanta-Hämeen pelastuslaitoksesta, Hämeen



Kuvio 1

THL:n sairastavuusindeksi, ikävakioimaton (2013–2015).



TE-toimistosta sekä Forssan, Hämeenlinnan ja Riihimäen seuduilta.

Maakuntahallitus toimii valmistelun poliittisena seurantarvymänä. Väliaikainen valmistelutoimielin (VATE) on valittu, ja VATE korvaa pidennetyn esivalmistelun aikana sote- ja maakuntavalmistelun ohjausryhmän. Hämeen liitto ohjaa kokonaisuutta koordinoivaa maakuntatoimistoa, jossa työskenteli vuoden 2018 alussa päätoimisesti noin 25 henkilöä. Asiantuntijoita ei ole ollut riittävästi kaikkiin tarvittaviin tehtäviin. Vuoden 2018 alussa on rekrytoitu ja rekrytoidaan lisää projektipäälliköitä ydinvalmistelutehtäviin (mm. talous, hallinto, henkilöstö). Eri aihealueiden toimintoja valmistellaan projekteissa, verkostoissa ja työryhmissä. Sote- ja Maku-muutosryhmät ovat linkkinä nykyisiin organisaatioihin.

Valmisteluvaiheessa on selvitetty muiden organisaatioiden resursseja ja palveluja, jotka on sovitettava maakunnan toiminnassa yhteen. Järjestäjäroolia ja mahdollisuuksia vaikuttaa tuottajien ohjaukseen ja asiakasvalintaan on mietitty. Oma Häme -hankkeen sote-toimintaohjelmassa 2017–2018 on aikataulutettu ja vastuutettu keskeiset toimenpiteet sekä kuvattu vaa-dittavia resursseja. Kanta-Hämeen sote- ja maakuntavalmistelun toimintasuunnitelmassa 2017–2019 on täsmennetty valmistelun vaiheita.

Maakunnan käynnistysvaiheen strategian ja konsernirakenteen valmistelu on aloitettu. Laajalla kyselyllä on kerätty näkemyksiä arvojen ja strategis-

ten painopisteiden tarkentamiseksi sekä ehdotuksia tavoitteista, mittareista, johtamisen periaatteista ja organisaatorakenteesta. Strategian, johtamis- ja ohjausmallin sekä organisaatorakenteen käsittely jatkuu seminaareissa ja toimitelimiissä keväällä 2018. Maakunnan käynnistymisen jälkeen tehdään uusi strategia. Palvelustrategian tai palvelulupauksen laatimista ei ole vielä aloitettu, valmistelu käynnistetään syksyllä. Poliittisen ohjausmallin lähtökohtana on hybridimalli, jossa toimieliminä ovat valmistelevat valiokunnat ja päättävät lautakunnat.

Palveluseteli on ollut käytössä kunnissa koti- ja omaishoidossa, asumispalveluissa sekä kuntoutuksessa. Hämeenlinnassa on lisäksi käynnissä palvelusetelikokeilu, jossa 18 000 kansalaisella on mahdollisuus valita sosiaali- ja terveyskeskus. Laajaa maakunnallista hakemusta valinnanvapauden laajentamista koskevaan pilottihankkeeseen ollaan tekemässä. Monituottajuuden hallinnassa hyödynnetään aiempaa kokemusta järjestäjä–tuottaja-mallista. Ohjaus- ja valvontaelementit rakentuvat myöhemmin.

Tutkimus- ja kehittämistoimintaan kohdistuneet menot ovat viime vuosina maakunnassa olleet pienet, 70–90 miljoonaa euroa eli noin prosentti koko maan tutkimus- ja kehittämismenoista. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin kehittämistoiminta perustuu strategiaan 2017–2018. Pirkanmaan kanssa on käynnistetty suunnittelu tutkimus-, koulutus-, kehittäminen- ja innovaatiotoiminnan (TKKI) yhteistyöstä tulevalle yhteistoiminta-alueella.

Kanta-Hämeen (Oma Häme) LAPE-hanke, Lapsi- ja perhepalvelujen muutosohjelma, syventää jo olemassa olevaa sote-uudistukseen tähtäävää palvelujen muutosta. Maakunnassa ollaan mukana myös Palvelut asiakaslähtöisiksi-, Oma Häme edelläkävijät- sekä Ikäihmiset ja omaishoito -kärkihankkeissa. Hämeenlinna osallistuu ODA-hankkeeseen digitaalisten palvelujen kehittämisen ”muutoslaboratoriona”.

Alueelta löytyvät vahvat ja verkottuneet ammatikorkeakoulut ja korkeakoulukampuksen kautta muita korkeakoulutoimijoita. Sosiaali-, terveys- ja liikunta-alan (pl. kauneudenhoitoala) opiskelupaikan otti keväällä 2017 Hämeen ammattikorkeakoulussa (HAMK) vastaan 357 opiskelijaa. Oma-Hämeen yhteistyö HAMK:n kanssa on kiinteä osa uudistuksen valmistelua.

### Taloudelliset edellytykset

Kanta-Hämeessä sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot vuonna 2016 olivat 3 056 euroa asukasta kohti. Tämä oli yhtä paljon kuin koko maassa keskimäärin. Alueen palvelutarve oli kuitenkin hieman keskimääräistä suurempi (tarvekerroin 1,02), minkä vuoksi tar-

vevakioidut menot olivat kaksi prosenttia alhaisemmat kuin koko maassa keskimäärin. Kun tarkastellaan menoja ilman sosiaalihuoltoa, tarvevakioidut menot olivat yhtä suuret kuin koko maassa keskimäärin.<sup>2</sup>

Pidennetyt esivalmisteluvaiheen (2017–2018) yleisvalmistelun budjetti on toimintasuunnitelmassa yhteensä noin 1 230 000 euroa. Kanta-Hämeessä käytettävissä olevat resurssit maakunnan järjestämistuella olevissa palveluissa ovat noin 560 miljoonaa euroa. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen varataan noin 5,6 miljoonaa euroa. Siirtymäajan jälkeen valtionrahoitus asukasta kohden on arvioiden mukaan 33 euroa suurempi kuin kuntien vuoden 2017 sosiaali- ja terveydenhuollon nettomenot yhteensä. Muutos merkitsee maakunnalle noin 5,7 miljoonan euron lisärahoitusta. Laskelmassa on mukana sote, ympäristöterveydenhuolto ja pelastustoimi.

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri on käynnistänyt uuden sairaalan suunnittelu- ja rakentamishankkeen, Kantasairaala-hankkeen. Suunniteltu sijainti on nykyisellä sairaala-alueella. Lisäksi on suunnitteilla Lammin hyvinvointikeskuksen ja Hattulan terveysaseman rakentaminen sekä Riihimäen sairaalan korjausrakentaminen sekä osaamiskeskuksen perustaminen.

## Palveluverkko

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut on järjestetty maakunnan seutukunnissa eri tavoin. Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymässä (FSHKY) on yhdistetty sosiaali- ja terveydenhuolto, ja lisäksi hyvinvointikuntayhtymä tuottaa erikoissairaanhoidon palveluja. Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymä järjestää perusterveydenhuollon palvelut Riihimäen, Lopen ja Hausjärven kuntien asukkaille. Janakkalan ja Hattulan kunnat vastaavat omista palveluistaan. Palvelusopimus Hattulan terveydenhuollon palvelujen tuottajan Pihlajalinna Oy:n kanssa päättyi 31.3.2018. Perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon palveluntuottajaksi on esitetty Pihlajalinna-ryhmittymää. Ter-

veydenhuollon päivystys järjestetään Kanta-Hämeen alueella monella tavalla. Maakunnallisen sosiaalipäivystyksen isäntäkunta on Hämeenlinna, mutta maakunta koetaan kuitenkin liian pieneksi monipuolisen ympärivuorokautisen sosiaalipäivystyksen järjestämiseen.

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri (KHSHP) vastaa erikoissairaanhoidon palvelujen järjestämisestä maakunnan alueella. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin toimintayksiköt ovat Hämeenlinnassa ja Riihimäellä. Forssan seudun hyvinvointikuntayhtymä (FSHKY) tuottaa peruspalvelujen lisäksi joitakin erikoissairaanhoidon palveluja. Keskussairaala on ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystys, mutta se ei kuulu laajan päivystyksen sairaaloihin. KHSHP ja FSHKY ovat sopineet muutoksista maakunnan erikoissairaanhoidon. Forssan sairaalan toimintaan tehdään merkittäviä muutoksia, esimerkiksi joidenkin erikoisalojen toimenpiteitä siirretään Hämeenlinnaan. Forssan päiväkirurginen yksikkö muutetaan polikliinisen kirurgian yksiköksi.

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri (KHSHP) on osa Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuu-alueutta. Yhteistyöalueeseen kuuluvat Kanta-Hämeen lisäksi Pirkanmaa ja Etelä-Pohjanmaa. Kanta-Hämeen ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirit ovat käynnistäneet selvitystyön, jonka tavoitteena on rakenteellisen mallin luominen tiiviimmän yhteistyön aikaansaamiseksi. Organisoitumismahdollisuuksien esiselvitys valmistuu maaliskuussa 2018. ERVA-alueella on vakiintunut yhteistyö. Työnjakoa ja mahdollisia päällekkäisyyksiä tarkastellaan ja käytäntöjä uudistetaan. Yhteistyöalueen teemaryhmässä on pohdittu mm. yhteistä suunnittelua, työnjakoa ja yhteistyösopimusta.

Kuvion 2 kartassa on kuvattu maakunnan erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon palveluverkko karkealla tasolla ilman psykiatrista sairaanhoitoa, sosiaalipalveluita ja yksityistä palvelutuotantoa. Kartassa on hyödynnetty Suomen ympäristökeskuksen ja Oulun Yliopiston maantieteen laitoksen kehittämää kaupunki-maaseutu-luokitusta. Maakuntarajat on muodostettu hallituksen esityksen 15/2017 mukaisesti.

Palveluverkosta on aiemmin työstitetty laaja taustatapaperi. Suun terveydenhuollon palveluverkkokuvaus on valmis, mutta kuvaus on tehty melko yleisellä tasolla. Maakunnallista valmistelua tehdään kolmen sote-keskuksen periaatteella; keskuksat sijoittuvat Hämeenlinnan, Forssan ja Riihimäen seutukuntien alueille. Palveluverkon suunnitteluun vaikuttavat ratkaisut uudesta sairaalasta. Palvelujen tuotantotapoja on luonnosteltu palvelun käyttäjän näkökulmasta. Ikääntyneiden palvelujen suunnittelun apuvälineeksi

2 Tarvevakioiduista menoista nähdään, miten maakuntien menot suhteutuvat muiden maakuntien menoihin tai maan keskiarvoon. Tarvetekijöinä on huomioitu ikä- ja sukupuolirakenne, sairastavuus ja sosioekonominen asema.

Tarvevakioitujen menojen perusteella ei voi tehdä suoria johtopäätöksiä toiminnan kustannusvaikuttavuudesta. Laskennallinen tarvekerroin ei huomioi kaikkia sosiaali- ja terveydenhuollon menoihin vaikuttavia tekijöitä. Tarvevakioitujen menojen laskennassa ei myöskään huomioida alueiden välisiä eroja yksityisten palveluiden tai työterveyspalveluiden saatavuudesta. Toisin sanoen, jos maakunnan tarvevakioidut menot ovat alhaiset, se voi johtua esimerkiksi tehokkuudesta tai huonosta julkisten palveluiden saatavuudesta tai runsaasta yksityisten palveluiden tai työterveyspalveluiden käytöstä. Jos maakunnan tarvevakioidut menot poikkeavat merkittävästi maan keskiarvosta, tulee muiden indikaattorien avulla tarkastella tarkemmin, mistä tämä voisi johtua. Tarvevakioituja menoja ei voi suoraan verrata aikaisempien vuosien tietoihin.

Kuvio 2

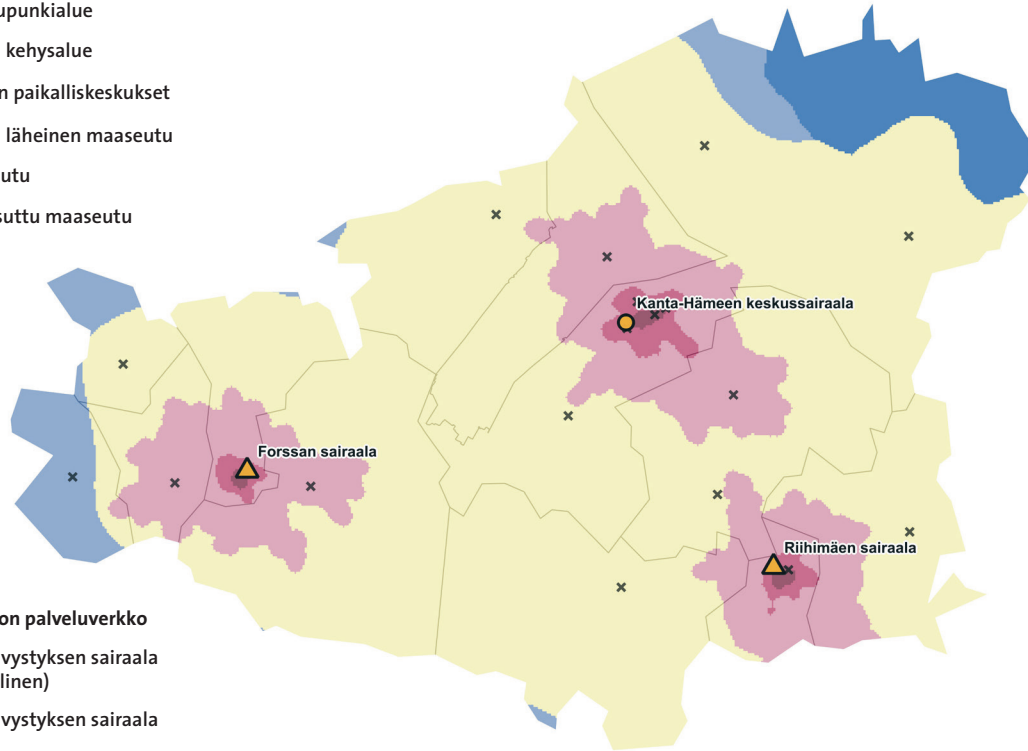
Kanta-Hämeen maakunnan terveydenhuollon palveluverkko ja kaupunki–maaseutu-luokitus (SYKE)

Kaupunki–maaseutu luokitus

- Sisempi kaupunkialue
- Ulompi kaupunkialue
- Kaupungin kehysalue
- Maaseudun paikalliskeskukset
- Kaupungin läheinen maaseutu
- Ydinmaaseutu
- Harvaan asuttu maaseutu

Terveydenhuollon palveluverkko

- Laajan päivistuksen sairaala (yliopistollinen)
- Laajan päivistuksen sairaala
- Päivistävä sairaala
- Muu sairaala
- Terveyskeskus tai -asema



otetaan ikääntyneiden asumisen pitäjäpalvelukonsepti. Sote-liikelaitoksen toimintaorganisaation suunnittelu on käynnistynyt valinnanvapauslakiesityksen luonnoksen julkistamisen jälkeen, ja hallinnon malliksi on kaavailtu johtokuntamallia. Maakuntien tilakeskus tekee kiinteistökartoitukseen perustuvaa palveluverkkokuvaa, jonka jälkeen arvioidaan tilanne ja tehdään tavoitepalveluverkkosuunnitelma.

Tukipalveluselvitystyöryhmä suositteli loppuraportissaan, että VATE valmistelee maakunnalle tukipalvelustrategian, jossa linjataan maakunnan tukipalvelujen järjestämistä ja tuottamista, ja että kunnat ja kuntayhtymä uudistavat tukipalvelujen organisointia ennen kuin maakunta aloittaa toimintansa.

TyöSyke Oy on Hämeenlinnan kaupungin, Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin, Riihimäen kaupungin, Hausjärven kunnan ja Riihimäen terveyskeskuksen omistama työterveyspalveluja tuottava organisaatio. Maakunnan työterveyspalvelujen järjestämisen tarkoituksenmukaisimmaksi vaihtoehdoksi on esitetty in house -yhtiömuotoista tuotantoa. Hyte-rakenteen,

yhteistyön ja hyvinvointikertomuksen yhtenäisen sisällön suunnittelua tehdään Oma Häme -valmistelijoiden ja kuntien yhteisessä työryhmässä.

## Henkilöstöresurssit

Maakunnan kaikissa seutukunnissa oli vuoden 2016 ammattibarometrin mukaan pulaa sosiaalityön erityisasiantuntijoista. Hämeenlinnan seudulla ei ole riittävästi sairaanhoitajia. Riihimäen seudulla on pulaa seuraavista ammattiryhmistä: yleislääkärit, ylilääkärit ja erikoislääkärit, hammaslääkärit, kuulontutkijat ja puheterapeutit. Lähihoitajien määrä maakunnassa on tasapainossa suhteessa kysyntään, mutta lähihoitajia ei ole riittävästi saatavilla kolmivuorotyöhön palveluasumisen yksiköihin. Maakunnan oman arvion mukaan pulaa on erityisesti psykiatreista ja pediatreista sekä sosiaalityöntekijöistä ja puheterapeuteista.

Lääkäriliiton selvityksen mukaan lääkäriarvot on pienentymässä ja alueelliset erot tasoittumassa. Terve-



yskeskusten lääkäritilanne lokakuussa 2017 oli Kanta-Hämeessä seuraava: lääkärintehtävissä virkalääkäreitä 88, sijaisia 33, ostopalvelu ja ulkoistetut yhteensä 8,5 ja lääkärivaje 5.

Vakituisen sotehenkilöstön (yhteensä noin 5 100) perustiedot on päivitetty ja esiselvitys on tehty (mm. siirtyvän henkilöstön määrä, yleisimmät tehtävänimikkeet, tehtäväkohtaiset palkat, henkilöstö sopimusaloittain ja eläköitymisennuste).

## ICT-ratkaisut

Sairaanhoitopiiri ja kaikki Kanta-Hämeen terveyskeskukset sekä ikäihmisten kotihoidon ja ympärivuorokautisen hoivan palvelut käyttävät Effica-potilastietojärjestelmää. Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin alueella on käytössä alueEffica. Sairaanhoitopiirin Effica-kantaan on yhdistetty Hämeenlinnan kaupungin, Riihimäen terveyskeskuksen kuntayhtymän (Rii-

himäen kaupungin sekä Hausjärven ja Lopen kuntien kotihoidon, palveluasumisen ja pitkäaikaishoidon Effica-tiedot) ja Janakkala–Hattulan yhteistoiminta-alueen ja kuntien Effica-kantojen tiedot. Forssan seudun tietokantaa ei ole yhdistetty keskussairaalan tietoihin.

Digitalisaation tavoitetilaa 2020 ollaan muodostamassa. Kuntien sosiaalipalvelujen järjestelmät on tarkoitus saada yhteiseen järjestelmään. Asiakkaille suunnattujen sähköisten palvelujen kehittämistä jatketaan.

Maakunnan tietohallinnon ohjausryhmä koordinoi maakunnallista sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinnon kokonaisuutta. Maakuntaudistuksen esivalmisteluvaiheen ICT-rahoitushakemus on tehty. Hankkeista maakunnallinen asiakkuuden hallinnan ratkaisu on etenemässä kilpailutukseen ja terveydenhuollon johdon raportoinnin työkalun laajennus on käynnistynyt. Talous- ja henkilöstöhallinnon käyttöönotosta tehdään Kuntapro Oy:n kanssa erillinen sopimus.

# Sosiaali- ja terveystaloudelliset kustannukset

## Sosiaali- ja terveystaloudelliset kustannusten kehitys

Sosiaalipalveluiden ja terveydenhoidon kustannuksia on arvioitu menetelmin, joita on pitkään käytetty EU:n fiskaalisen kestävyysmetodologian mukaisesti näiden palveluiden menopaineen kehityksen arvioinnissa. Metodologia kattaa sosiaalipalveluiden, terveydenhoidon ja tulonsiirtojen rakenteen varsin yksityiskohtaisesti. Sen ytimessä on menojen linkittäminen eri ikäryhmiin, jolloin väestöennusteen perusteella on arvioitava, kuinka palvelujen volyymi kehittyy tulevaisuudessa. Arvioon liitetään myös oletuksia reaali-palkkojen ja inflaation kehityksestä, jotka fiskaalisen kestävyysmetodologian arvioinnissa linkittyvät nekin yhteiseen EU-metodologiaan. EU-metodologia ei ulotu käytettyihin laskentamalleihin asti, ehkä siksikin, että hyvinvointipalvelujen ratkaisuihin on EU-maiden välillä suuria eroja. Suomessa hoiva-alojen ja tulonsiirtojen kokonaisuutta arvioidaan SOME-mallilla.

Simulaatioharjoitusta varten SOME-malli on alueellistettu, ja sitä käytetään aluksi sosiaalipalveluihin ja terveydenhoitoon sivuuttaen tulonsiirrot ja mm. eläkkeet. Arviointi kattaa keskeiset laitos- ja avohoidon palvelumuodot sekä perusterveydenhoidon ja erikoissairaanhoidon eri muodot. Arvioinnissa on käytetty

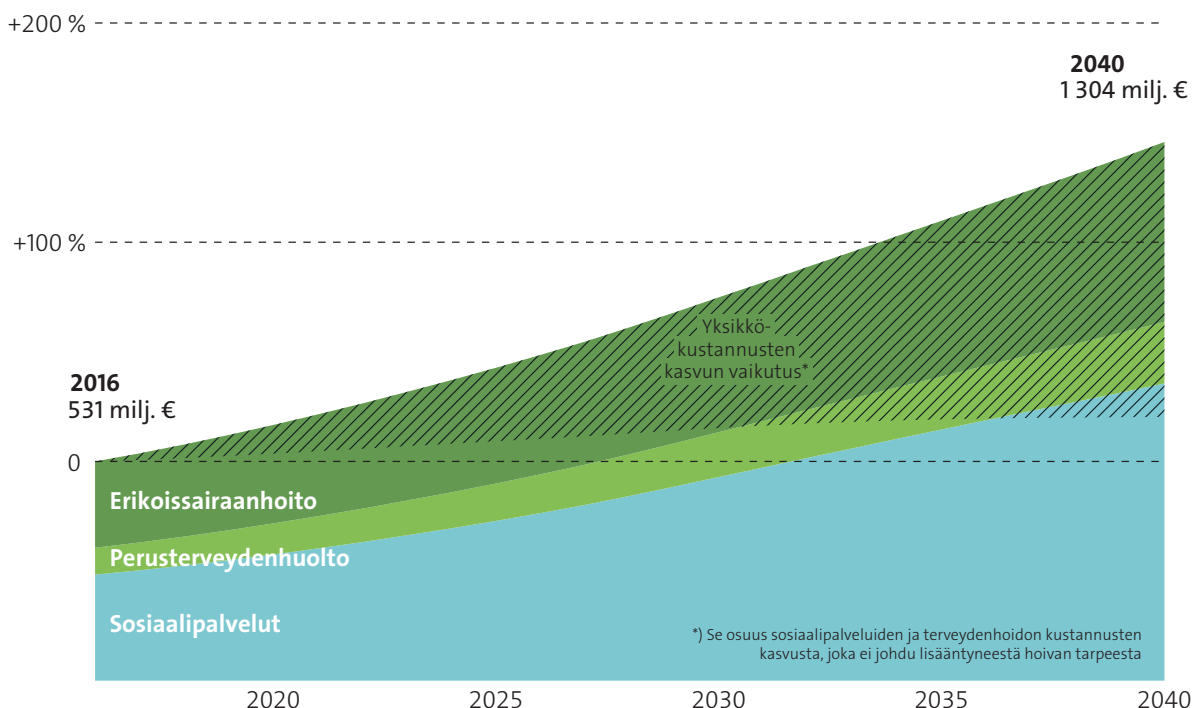
tuoreimpia, kuntatilastosta koottuja laskennallisia nettokustannustietoja, jotka kattavat vuoden 2016. Suurimpina menoerinä koko maan tasolla erottuvat erikoissairaanhoidon sairaalahoito (noin 3 miljardia euroa) ja avohoito (noin 2,3 miljardia euroa) sekä toisaalta vanhusten ja vammaisten eriaisteiset asumis- ja laitoshoitopalvelut, joiden yhteiskustannukset ovat lähes erikoissairaanhoidon luokkaa.

Tässä vaiheessa malli on toteutettu nykyisen maakuntajaon mukaisesti; maakuntien kustannuksista on käytettävissä ajantasaista tietoa. Aluejako on suhteellisen helposti päivitettävissä järjestämisvastuita vastaavaksi. Sen sijaan eri toimenpiteiden ja niiden kustannusten jakautumisesta väestön ikäluokkien välillä ei vielä ole ollut käytettävissä kattavaa alueellista tietoa. Tässä on siksi oletettu, että jakauma maakunnissa vastaa koko maan jakaumaa. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että arvioinnissa voi syntyä eroja maakuntien välillä vain väestön ikärakenteesta tapahtuvien muutosten vuoksi.

Kuviossa on esitetty arvio sosiaali- ja terveystaloudellisten kustannusten kehityksestä Kanta-Hämeessä vuosina 2016–2040. Kuvioon on koottu kustannukset pääluokittain. Oletuksena on, että kaikissa pääluokissa vuotuinen reaali-palkkojen ja kuluttajahintojen kautta syntyvä kustannuspaine on yhteensä kolme prosenttia. Lisäksi siihen on kuvattu pelkästään ikärakenteen muutoksesta johtuva kasvu. Näillä oletuksilla koko maan kustannukset kasvavat vuoteen 2030 mennessä

Kuvio 3

Arvio sosiaali- ja terveystaloudellisten kustannusten kehityksestä Kanta-Hämeen maakunnassa vuosina 2016–2040.



77 prosenttia ja väestö 4,6 prosenttia; vanhusväestön määrä kasvaa reilut 30 prosenttia. Vuoteen 2040 koko maan kustannukset puolitoistakertaistuvat, kun taas väestö kasvaa 6,4 prosentilla ja vanhusväestö lähes 37 prosentilla.

Kanta-Hämeen sosiaali- ja terveyspalvelujen kustannusten ennakoitaan kasvavan vuodesta 2016 vuoteen 2030 noin 75 prosenttia ja vuoteen 2040 mennessä noin 146 prosenttia. Kanta-Hämeen väestö kasvaa reilulla kahdella prosentilla vuosina 2016–2030 ja noin 3 prosentilla vuoteen 2040 mennessä. Vanhusväestön kasvu on keskimääräistä nopeampaa: vanhusväestön määrä kasvaa vuosina 2016–2030 hieman yli 39 prosenttia ja vuosina 2016–2040 lähes 75 prosenttia.

### Somaattisen erikoissairaanhoidon tarvevakioidut menot ja tuottavuus

Erikoissairaanhoidon asukaskohtaisia kustannuksia voidaan tarkastella suhteessa alueiden palvelutarpeeseen. Somaattisen erikoissairaanhoidon kustannuksiin vaikuttavat tekijät voidaan jakaa kahteen osaan: palvelujen käyttöön ja tuottavuuteen. Palvelujen käytöllä tarkoitetaan sitä, kuinka paljon alueen väestö on käyttänyt palveluja suhteessa maan keskitasoon. Palvelujen käyttöä mitataan niin sanotuilla painotetuilla hoitoepisodeilla<sup>1</sup>, jotka huomioivat alueiden erilaiset potilasrakenteet. Tuottavuus taas kuvaa sitä, kuinka edullisesti alueen potilaat on hoidettu. Tuottavuutta mitataan painotettujen episodien kustannuksilla.

Tarvevakioinnilla otetaan puolestaan huomioon alueiden erot ikärakenteen, sairastavuuden sekä tiettyjen sosioekonomisten tekijöiden välillä. Erikoissairaanhoidon tarvetta selittää osin eri tekijät kuin yleistä sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetta, ja tähän on laskettu eri tarvekerroin<sup>2</sup>. Jakamalla laskennalliset kustannukset (asukasta kohti) erikoissairaanhoidon tarvekertoimella saadaan tarvevakioidut erikoissairaanhoidon kustannukset asukasta kohti. Kun ne jaetaan edelleen tuottavuudella<sup>3</sup>, saadaan vakioidut episodit asukasta kohti eli tarvevakioitu erikoissairaanhoidon käyttö.

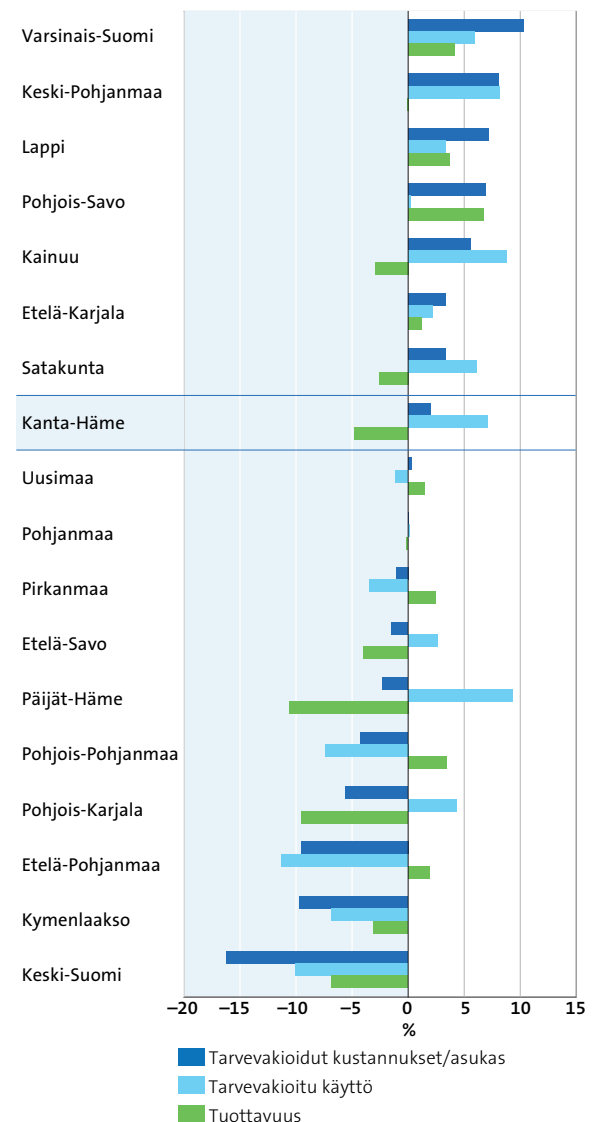
Korkeimmat tarvevakioidut erikoissairaanhoidon menot asukasta kohti laskettuna olivat vuonna 2016 Varsinais-Suomessa (kuvio 4), missä ne ylittivät maan keskitason kymmenellä prosentilla. Euromääräisesti tämä tarkoittaa, että Varsinais-Suomessa käytettiin vuodessa noin 10 prosenttia asukasta kohti enemmän rahaa somaattiseen erikoissairaanhoidon kuin maassa keskimäärin; tämä johtuu kuusi prosenttia keskimääräistä suuremmasta palvelujen käytöstä ja neljä pro-

senttia huonommasta tuottavuudesta. Keski-Suomessa vastaavat kustannukset olivat 15 prosenttia koko maan keskitasoa alhaisemmat, ja syynä on sekä keskimääräistä vähäisempi palvelujen käyttö että parempi tuottavuus. Mitä suurempi positiivinen prosenttiluku, sitä suuremmat kustannukset maan keskitasoon verrattuna. Jos tuottavuus on maan keskitasoa parempi, se näkyy poikkeamana negatiivisen prosenttiluvun suuntaan.

Kanta-Hämeessä somaattisen erikoissairaanhoidon tarve oli neljä prosenttia maan keskitasoa korkeampi. Somaattisen erikoissairaanhoidon tarvevakioidut kustannukset asukasta kohti olivat kaksi prosenttia suuremmat kuin koko maassa keskimäärin. Erikoissairaanhoidon tarvevakioitua käyttöä oli seitsemän prosenttia vähemmän kuin maassa keskimäärin.

Kuvio 4

**Somaattisen erikoissairaanhoidon tarvevakioitujen menojen sekä palvelujen käytön ja tuottavuuden poikkeama maan keskiarvosta (%) maakunnittain vuonna 2016.**



1 Häkkinen, P. & Matveinen P. (2015)

2 Vaalavuo, M. ym. (2013) tutkimuksen aineistoon pohjautuen.

3 Tuottavuus = laskennalliset kustannukset € / episodi, indeksi koko maassa = 100

## Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen

Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen (HYTE) valmistelu on syksyllä 2017 tehdyn HYTE-maakuntakierroksen perusteella alkuvaiheessa. HYTE-toiminnan sijoittumisesta maakunnan organisaatioon ei ole tietoa. Maakuntavalmistelussa HYTE-toiminnan suunnitteluun ei ole nimetty erillistä ryhmää eikä HYTE-koordinaattoria ole nimetty.

Arvioimme maakunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen *toimintaa* Kanta-Hämeen kunnissa tehdyn työn näkökulmasta: mitkä ovat toiminnalliset ja organisatoriset lähtökohdat maakunnallisen HYTE-toiminnan käynnistyessä alueella? Tätä silmällä pitäen on valittu myös indikaattorit, joita seuraavassa käytetään arvioinnin pohjana. Indikaattorit painottuvat terveyssektorille, sillä toistaiseksi käytettävissä olevat sosiaalitoimen indikaattorit kuvaavat lähinnä palvelujärjestelmän toimintaa, jolloin toivottavan tavoite-tason määrittäminen on vaikeampaa kuin vaikkapa terveydentilassa.

Viidessä alueen kunnassa on valtuustossa hyväksytty hyvinvointikertomus. Kolmessa kunnassa on hyvinvointikoordinaattori tai -suunnittelija. Väestöryhmien välisistä terveyseroista on raportoitu valtuustolle kolmessa kunnassa. Samoin kolmessa kunnassa on tehty päätös ennakoarvioinnin käytöstä kuntalaisten hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttavien päätösten valmistelussa. Osallisuuden edistämiseksi viisi alueen kuntaa on kuvannut verkkosivuillaan kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia. Perusterveydenhuollon asiakkaita 11 / 10 000 asukasta (koko maassa 26,7 / 10 000) oli saanut lääkäriltä, hoitajalta, fysioterapeutilta tai toimintaterapeutilta liikuntaan liittyvää ohjausta tai neuvontaa.

Maakunnan HYTE-toiminnan tarvetekijöitä on arvioitu tunnusluvuilla, joilla on selvä yhteys asukkaiden hyvinvointiin ja terveyteen; näihin asioihin myös maakunta ja kunnat voivat yhdessä vaikuttaa. Osa vaikuttavista toimista on sellaisia, että ne edellyttävät sektorirajat ylittävää yhteistyötä, osaan taas tarvitaan alueellista yhteistyötä joko kuntien ja maakunnan välillä tai kuntien kesken. Vaikeimmat HYTE-toiminnan tarvetta synnyttävät ilmiöt edellyttävät kaikkien osapuolten yhteistyötä. Tällaisia ovat esimerkiksi rakennetyöttömyys ja jääminen koulutuksesta syrjään. Rakennetyöttömyys eli vaikeasti työllistyvien osuus alueen 15–64-vuotiaista on 5,4 prosenttia, joka on reippaasti alle maan keskiarvon (koko maassa 6,2 %). Niiden 17–24-vuotiaiden osuus, joilla ei ole peruskoulun jälkeistä tutkintoa, on 8,2 prosenttia (koko maassa 8,3 %). ARA-asuntojen osuus maakun-

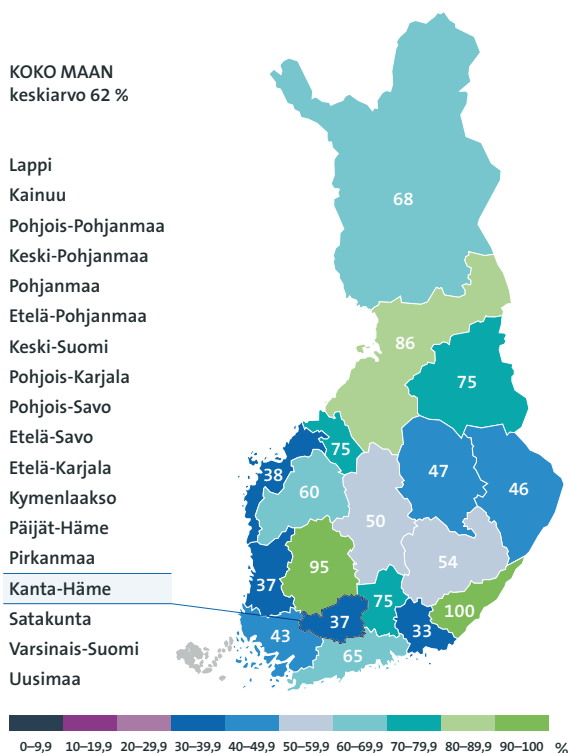
nassa kuvaa sosiaaliseen tarkoituksenmukaisuuteen ja taloudelliseen tarpeeseen perustuvan asutokannan osuutta koko asutokannasta. Maakunnassa osuus on 9,9 prosenttia asutokannasta, mikä on alle maakuntien keskiarvon (koko maassa 12,1 %).

Lihavien aikuisten osuus on 18,6 prosenttia (koko maassa 18 %), ja sadan metrin matkan juoksemisessa suuria vaikeuksia on 11,8 prosentilla (koko maassa 12 %:lla). Korkeasti koulutetuista 18,1 prosenttia (koko maassa 15 %) ja matalan koulutuksen saaneista 34,7 prosenttia (koko maassa 36 %) ilmoittaa, että ei todennäköisesti jaksa työskennellä vanhuuseläkeikään saakka.

Tarttuvien tautien tunnusluvuksi on tässä tarkastelussa valittu alueella todettujen klamydiainfektioiden määrä. Maakunnan tapausmäärä (233 tapausta / 100 000 asukasta) on alle kansallisen keskiarvon (242 tapausta / 100 000 asukasta).

Kuvio 5

HYTE-koordinaattori tai suunnittelija kunnassa, % maakunnan kunnista



Maakuntavalmistelun aikana maakunta organisoii toimintansa ja rakentaa yhteistyön mm. alueen kuntien kanssa asukkaiden osallisuuden, hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden lisäämiseksi. Tässä toiminnassa maakunta tulee olemaan keskeinen toimija. Arviointiin nyt (simulointiharjoituksessa) valittujen

tunnuslukujen valossa vaikuttaa siltä, että alueen tarvetekijät ovat hyvällä tasolla. Ainoastaan koulutuksen ulkopuolelle jäävien nuorten osuus on muihin maakuntiin verrattuna korkealla tasolla. Merkittäviä kuntapäätöksiä ja tulevaisuudessa maakuntapäätöksiä valmisteltaessa on HYTE-toiminnassa kiinnitettävä huomiota paitsi tautien synnyn ja sosiaalisten ongelmien riskitekijöiden vähentämiseen myös osallisuuden edistämiseen, väestöryhmien eriarvoisuuden kaventamiseen ja vaikutusten ennakkoarviointimenetelmien käyttöönottoon.

## Ennaltaehkäisevät palvelut

Sosiaali- ja terveydenhuollon ehkäisevät palvelut ovat keskeisessä roolissa tuettaessa väestön terveyttä ja hyvinvointia. Ehkäisevien palvelujen kivijalan muodostavat äitiys- ja lastenneuvola sekä kouluterveydenhuolto, jotka tavoittavat koko ikäluokan. Nuorten osalta keskeisessä asemassa on opiskeluterveydenhuolto, joka tavoittaa suurimman osan ikäluokasta. Näiden palvelujen toteutumista on arvioitu terveystarkastusten näkökulmasta ”Lasten, nuorten ja perheiden palvelut” -osiossa. Tässä arvioidaan kuitenkin opiskeluhuoltopalvelujen psykologi- ja kuraattoriresurssien riittävyyttä. Vaikka psykologi- ja kuraattoripalvelujen järjestämisvastuu on suunniteltu kunnille, on ne huomioitava arvioitaessa maakunnan järjestämien opiskeluhuoltopalvelujen toimivuutta.

Tässä luvussa kuvataan muutamien tunnuslukuin perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnan ja suun terveydenhuollon toteutumista. Seulontojen osalta soveltuvat indikaattorit eivät olleet vielä saatavilla, ja sosiaalihuollon ehkäisevien palvelujen arviointiin soveltuvat tiedot ovat vasta rakentumassa, kun sosiaalihuollon rakenteisia tietoja kehitetään. Iäkkäiden ennaltaehkäisevien palvelujen kokonaisuus on laaja. Tietoja esimerkiksi iäkkäiden neuvonta- ja neuvola-

palveluista, asunnon muutostöistä tai kuntoutuksesta ei ole saatavilla. Tähän arviointiin on otettu ainoastaan omaishoidossa olevien saaman kotihoidon laajuus.

Tilannetta arvioitaessa on otettava huomioon potilastietojärjestelmän kirjaamiskäytäntöjen mahdollisten eroavaisuuksien vaikutus tietojen kattavuuteen.

Päihteiden tai tupakan käytöstä on alueella tehty strukturoitua kartoitusta huomattavasti muuta maata vähemmän. Vuonna 2017 on tehty 5 kartoitusta 10 000 asukasta kohden (koko maassa 21 / 10 000). Vuonna 2017 perusterveydenhuollossa oli kirjausten mukaan tehty työttömien terveystarkastuksia 1,6 prosentille työttömistä, mikä on vähemmän kuin koko maassa (1,3 %). Terveystarkastuksia tulisi tehdä työttömille huomattavasti enemmän, asiantuntijoiden arvion mukaan noin 30–40 prosentille vuosittein.

Yli 75-vuotiaiden omaishoitajien jaksamista tuetaan omaishoidossa olevien kotipalvelulla maan keskiarvoa vähemmän. Omaishoidossa olevista 25,6 prosenttia on myös kotihoidon asiakkaita (koko maassa 37 %).

Lapset ja nuoret käyvät suun terveyden tarkastuksessa suuhygienistillä tai hammashoitajalla ollessaan ensimmäisellä, viidennellä ja kahdeksannella vuosiluokalla, muuten tarveperusteisesti. Alueen 0–17-vuotiailla on ollut 533 käyntiä terveyskeskuksen suuhygienistillä 1 000 vastaavanikäistä kohden vuoden aikana, mikä on hieman enemmän kuin maassa keskimäärin (464 / 1 000). Tässä ikäryhmässä suuhygienistit tekevät pääasiassa ennaltaehkäisevää työtä sekä lisäksi (paikallisesta työnjaosta riippuen) oikomishoitoa.

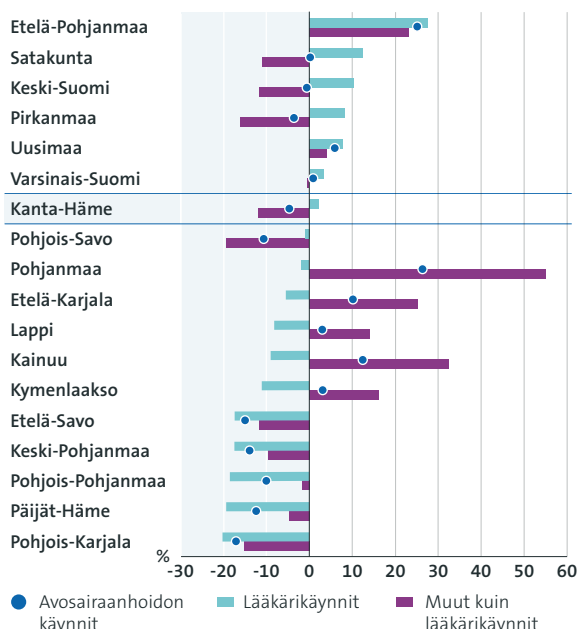
Opiskeluhuoltopalveluiden psykologien työpanos on 3,9 tuntia sataa oppilasta kohden viikossa, ja se on enemmän kuin koko maassa keskimäärin (3,1 tuntia / 100 oppilasta). Opiskeluhuoltopalveluiden kuraattorien työpanos on 3,9 tuntia sataa oppilasta kohden viikossa. Se on vähemmän kuin maassa keskimäärin (4,8 tuntia / 100 oppilasta).



## Perusterveydenhuolto

Kuvio 6

**Maakunnan sairastavuusindeksillä korjattujen avosairaanhoidon käyntien poikkeama maan keskiarvosta, avosairaanhoidon käynnit yhteensä, lääkärikäynnit ja muut kuin lääkärikäynnit**



Palvelujen saatavuutta arvioidaan palvelujen käytöllä ja hoitotakuun toteutumisella. Avosairaanhoidon käyntejä oli Kanta-Hämeen alueella 1,9 asukasta kohden, mikä on 5 prosenttia vähemmän kuin maassa keskimäärin (keskiarvosta sairastavuusindeksillä korjattu käyntimäärä). Lääkärikäyntejä oli kuitenkin 2,8 prosenttia enemmän ja muita kuin lääkärikäyntejä 12,4 prosenttia vähemmän kuin em. laskennallinen käyntimäärä. Kiireettömän vastaanottoajan varanneista 62 prosenttia pääsi lääkärin vastaanotolle viikon sisällä (koko maassa 42 %, vaihteluväli 25–69 %). Hoitotakuussa määrätty enimmäisaika (3 kk) ylittyi 5,5 prosentissa kaikista perusterveydenhuollon avosairaanhoidon käynneistä (koko maassa 2,1 %, vaihteluväli 0–11 %).

Kyselytutkimusaineiston perusteella palveluita tarvinneista 21 prosenttia ei ollut saanut terveyskeskuslääkärin palveluita riittävästi (vaihteluväli 21–34 %). Asiakkaista 34 prosenttia tunsivat voineensa osallistua omaan hoitoonsa, eniten koko maassa (28 %, vaihteluväli 19–34 %). 41 prosenttia koki, että asiat olivat hoituneet sujuvasti ja että tieto oli kulkenut ammattilaisten välillä (koko maassa 46 %, vaihteluväli 32–55 %). 62 prosentilla on mielestään ollut aito mahdollisuus valita terveysasema (koko maassa 67 %, vaihteluväli 57–77 %). Valinnan perustana olevaan tiedon määrään – mm. jonotusajoista ja laadusta – oli tyytyväisiä vain 23 prosenttia.

Terveysasemaa vaihtaneiden osuus 12 kuukauden aikana palvelua käyttäneistä oli Kanta-Hämeen alueella 3,9 prosenttia (vaihteluväli 0,6–5,3 %).

Hoitajan vastaanotolla käyneistä 25 prosenttia kävi lääkärin vastaanotolla kolmen vuorokauden sisällä hoitajalla käynnistä. Maakuntien välillä vaihtelu oli tässä suurta (0,2–56,8 %); arvo kuvaakin toimintatapojen eroa. 0,82 prosenttia potilasta kävi terveyskeskuslääkärin vastaanotolla yli 10 kertaa vuodessa, osuus vaihtelee maakuntien välillä 0,58 prosentista 2,04 prosenttiin.

Hoitokäytäntöjen laatua arvioitiin tarkastelemalla mikrobilääkemääräyksiä epäspesifisen ylähengitystieinfektion hoidossa: Niiden potilaiden osuus, jotka saivat lääkemääräyksen antibioottia varten, vaihteli maakuntien välillä 9,8 prosentista 31,7 prosenttiin. Kanta-Hämeen alueella osuus oli 18 prosenttia, mikä on parempi kuin maassa keskimäärin (23 %).

Perusterveydenhuollon avohoidon (pois lukien suun terveydenhoito) nettokäyttökustannukset olivat 58 milj. euroa. Asukasta kohden laskettuna se on 333 euroa. Maan keskiarvo oli 359 euroa (vaihteluväli 293–489 euroa).

Perusterveydenhuollossa oli avosairaanhoidon vastaanottokäyntejä 5 prosenttia vähemmän kuin maassa keskimäärin; kuitenkin lääkärikäyntejä oli lähes 3 prosenttia enemmän, mutta muita kuin lääkärikäyntejä 12 prosenttia vähemmän. Hoitotakuu toteutui vain kohtalaisesti, vaikka kiireettömän vastaanottoajan varanneista 62 prosenttia pääsi lääkärin vastaanotolle viikon sisällä. Terveyskeskuslääkärin palveluja kokee saaneensa riittämättömästi vain viidenes, mikä on pienin osuus koko maassa.

## Mielenterveys- ja päihdepalvelut

Mielenterveysindikaattorit on valittu siten, että niistä muodostuu kuva mielenterveysongelmien yleisyydestä ja erilaisten mielenterveyspalvelujen saatavuudesta ja käytöstä maakunnassa. Hoidon laadusta oli saatavilla niukasti indikaattoritietoa, mutta psykoosisairauksien osalta tarkasteltiin tahdosta riippumatonta hoitoa ja pakkotoimien käyttöä sekä sairaalahoidon pitkeymistä.

Päihdepalveluja koskevien indikaattoreiden pohjalta saa yleiskuvan alueen aikuisväestön päihhteiden käytöstä sekä päihdeongelmiin ja päihhteistä aiheutuviin sairauksiin liittyvästä palveluiden käytöstä. Sosioekonomisiin terveyseroihin keskeisesti vaikuttavaa alkoholikuolleisuutta tarkastellaan alimman tuloluokan alkoholinkulutuksen vuoksi menetettyjen elinvuosien määrän (PYLL, tieto vuodelta 2013) pohjalta, koska alkoholinkulutuksen muutokset näkyvät alimmassa tuloryhmässä muita tuloryhmiä voimakkaammin. Mukana on myös ehkäisevän päihdetyön laatua ja tarvetta kuvaavat kaksi indikaattoria.

Palveluiden asiakaslähtöisyydestä ja yhdenvertaisuudesta ei tätä arviointia varten ollut indikaattoritietoja eikä myöskään henkilöstöä koskevia indikaattoritietoja.

Kanta-Hämeen alueella vakavia mielenterveyshäiriöitä sairastavia aikuisia oli hieman vähemmän kuin koko maassa keskimäärin. Erityiskorvattaviin lääkkeisiin psykoosin vuoksi oikeutettuja on 1,6 prosenttia väestöstä, kun koko maan keskiarvo on 1,8 prosenttia. Mielenterveyden tai käyttäytymisen häiriöiden vuoksi työkyvyttömyyseläkettä saavien 25–64-vuotiaiden osuus on 3,5 prosenttia, mikä vastaa koko maan keskiarvoa. Mielenterveysperusteisesti sairauspäivärahaa saaneiden osuus aikuisväestöstä on hieman maan keskiarvoa korkeampi. Psykkisesti kuormittuneita on jonkin verran keskimääräistä vähemmän. Kaiken kaikkiaan mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys on siten hieman maan keskitasoa alhaisempi.

Avohoidon mielenterveyspalveluja käytetään alueella asukasluvuun suhteutettuna jonkin verran maan keskiarvoa vähemmän. Aikuisten mielenterveyden avohoitokäyntejä on 445 tuhatta 18 vuotta täyttäneitä kohden (koko maassa 518). Erikoissairaanhoidon avohoitokäyntejä on 310 tuhatta 18 vuotta täyttäneitä kohden ja perusterveydenhuollon avohoitokäyntejä 109 tuhatta asukasta kohden (koko maassa 340 ja 144). Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon mielenterveyskäynnit jakautuvat Kanta-Hämeessä siis samoin kuin koko maassa.

Psykiatrian laitoshoidon hoitopäivien määrä on alueella kaikissa ikäryhmissä maan keskiarvoa alhai-

sempi ja 18–24-vuotiaiden osalta maan alhaisin. Tahdosta riippumattomaan hoitoon määrättyjä 18 vuotta täyttäneitä on tuhatta vastaavanikäistä kohden selvästi koko maan keskiarvoa vähemmän. Pakkotoimien käyttö tahdosta riippumattomien hoitojaksojen aikana on lähellä maan keskitasoa. Yli 90 päivää yhtäjaksoisesti sairaalassa olleiden psykiatrian potilaiden osuus on muuta maata hieman pienempi. Psykiatrian kuntoutuskotien asiakkaiden väestöön suhteutettu osuus on maan keskiarvoa alhaisempi sekä ympärivuorokautisesti että ei-ympärivuorokautisesti tulleissa palveluissa.

Kelan korvaamaa psykoterapiaa alueella saadaan muuta maata vähemmän. Psykoterapiaa on 16–24-vuotiaista saanut 5,3 tuhatta vastaavanikäistä kohden, kun koko maan keskiarvo on 10. Vastaavat luvut 25–64-vuotiailla ovat 6,8 ja 9. Kelan korvaamia yksityispsykiatrikäyntejä on jonkin verran maan keskiarvoa vähemmän. Siten yksityisten psykoterapia- ja psykiatripalvelujen saatavuus maakunnassa on jonkin verran muuta maata heikompi.

Kokonaisuutena Kanta-Hämeen alueella mielenterveysongelmien esiintyvyys ja mielenterveyspalvelujen käyttö ovat muuta maata jonkin verran pienempiä. Myös tahdosta riippumattoman hoidon ja pitkeyntyneiden sairaalahoitokausien osuudet ovat muuta maata pienempiä. Kelan korvaaman psykoterapian saatavuus on muuta maata heikompi. Maakunnan mielenterveysindikaattoreista ainoa väestön keskiarvon ylittävä on mielenterveysperusteiset sairauspäivärahat, minkä perusteella psykoterapian saatavuuden parantamiseen kannattaa panostaa.

Kanta-Hämeen alueen aikuisväestöstä päivittäin tupakoivia on 19,4 prosenttia (koko maassa 16,6 %), alkoholia liikaa käyttäviä on 30,3 prosenttia (AUDIT-C -mittarin mukaan riskipistemäärät ylittävien osuus; koko maassa 33,2 %) ja kannabista viimeisen vuoden aikana käyttäneitä on 4,4 prosenttia (koko maassa 4,4 %). Pääasiassa huumeiden pistämällä tapahtuvaan käyttöön liittyvien uusien hepatiitti C -tartuntojen alueen 100 000:ta asukasta kohden on todettu 16,7 (koko maassa 20,8 %).

Päihdeongelmaisia hoidetaan avopalveluissa muuta maata vähemmän lukuun ottamatta erikoissairaanhoitoa. Perusterveydenhuollon avohoidossa tehtävässä päihdetyössä on vähemmän potilaita (3,8/1000 asukasta) kuin koko maassa (6,2). Päihdehuollon avohoidon asiakkaita on niin ikään vähemmän (7,2/1000 asukasta) kuin maassa keskimäärin (8,2). Erikoissairaanhoidon avohoidossa on päihhteiden vuoksi hieman enemmän potilaita (5,7/1000 asukasta) kuin koko maassa (5,4).

Ympärivuorokautinen hoito painottuu sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoille. Päihhteiden

vuoksi sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla on enemmän potilaita (3,4/1000 asukasta) kuin koko maassa (2,8). Päihdehuollon laitoksissa katkaisuhoidossa ja kuntoutuksessa olevien (2,1/1000 asukasta) määrä on lähellä maan keskitasoa (2,4), samoin päihdehuollon asumispalveluiden asiakasmäärät (1,0/1000 asukasta vs. koko maa 1,1).

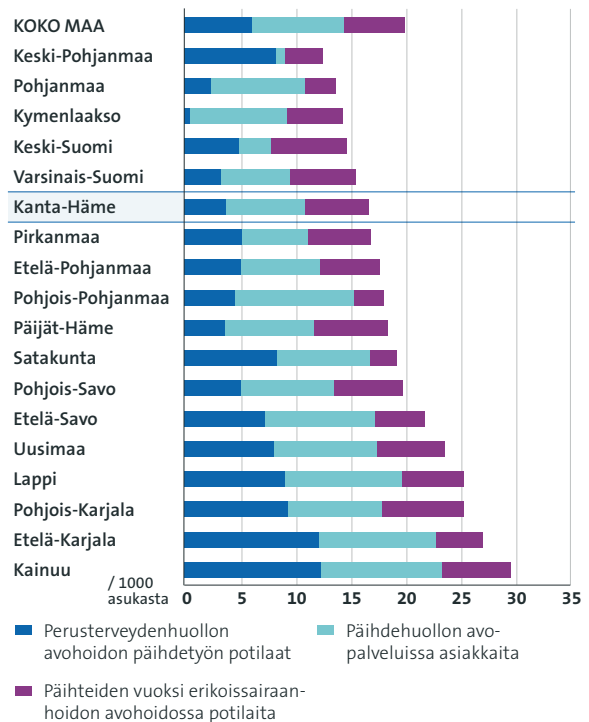
Kaikkein pienituloisimmilla 25–80-vuotiailla on alkoholikuolemien vuoksi menetettyjä elinvuosia (PYLL) enemmän (3 859/100 000 vastaavanikäistä) kuin koko maassa (3 261).

Ehkäisevästä päihdetyöstä vastaava toimielin on nimetty 18,2 prosentissa alueen kunnista (koko maassa 44,1 %). Kanta-Hämeen alueen yläkoulujen luokkien 8 ja 9 oppilaista tosi humalassa vähintään kerran kuukaudessa oli enemmän (11,5 %) oppilaita kuin koko maassa (10,2 %).

Alueen aikuisväestön päivittäinen tupakointi on koko väestöä yleisempää, kannabiksen käyttö maan keskitasoa, alkoholin riskikäyttö vähäisempää ja huumeiden pistämiskäyttöön liittyvien hepatiitti C -tartuntojen määrä keskimääräistä alhaisempi. Alueella hoidetaan päihdeongelmaisia avopalveluissa vähemmän kuin maassa keskimäärin lukuun ottamatta erikoissairaanhoidoa. Ympäri vuorokautinen hoito painottuu sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoille. Alueella on kiinnitettävä huomiota syrjäytymisriskissä olevien ja nuorten palvelujen kehittämiseen, koska pienituloisimpien alkoholikuolemien vuoksi menetettyjen elinvuosien määrä on koko maan tasoon nähden korkea. Vain harvassa alueen kunnassa on nimetty ehkäisevän päihdetyön toimielin, mikä on selvästi matalammalla tasolla kuin maassa keskimäärinkään. Ehkäisevän päihdetyön kunnallisten vastuutahojen vähäisyys sekä nuorten humalajuomien indikoivat ehkäisevän päihdetyön tehostamisen tarvetta.

Kuvio 7

**Päihdeongelmien tai -sairauksien vuoksi avohoidossa vuonna 2016 hoidetut potilaat perusterveydenhuollon päihdetyössä, päihdehuollon erityispalveluissa ja erikoissairaanhoidossa suhteessa väestöön**



## Erikoissairaanhoido

Kanta-Hämeen väestö on sepelvaltimotaudin ja muiden kansantautien suhteen keskimääräistä terveempää, eikä vammoihin tai myrkytyksiin tarvita kovin paljon hoitoa. Syöpää sairastetaan kuitenkin tavanomaista useammin ja syöpäindeksi on maan korkeimpien joukossa, 108,9.

Maakunnan erikoissairaanhoido on pääosin keskittynyt Hämeenlinnan keskussairaalaan, mutta toimintoja on edelleen myös Forssan erikoislääkärihoitoisessa terveyskeskussairaalassa. Vuodeosastojen potilasmäärät ja hoitopäivät vastaavat maan keskimääriä. Hoitojaksoja ja avohoitopoliklinikoita käytetään kuitenkin enemmän kuin maassa yleisesti: hoitojaksoja on 204 / 1000 asukasta ja avohoitokäyntejä 1,7 asukasta kohti vuodessa (koko maan arvot vastaavasti 189 ja 1,5). Hoitojakson kesto on maltillinen 3,1 vuorokautta (keskimäärin 3,3 vrk). Somaattisen erikoissairaanhoidon käyttöindeksi on 103. Toimenpiteellisten hoitojaksojen määrä on maakuntien keskitasolla (79,8 / 1000 asukasta). Päivystysleikkausten osuus on melko suuri (25,1 %, maan keskiarvo 23,3 %) ja päiväkirurgisten potilaiden määrä suuri suhteessa kaikkiin toimenpiteisiin (58,1 %, maan keskiarvo 50,8 %). Vuonna 2016 synnytysten määrä oli 1389, näistä sektioita oli 15,8 % eli lukema on maan keskitasoa. Sepelvaltimoiden varjoainekuvauksia (4,29 / 1000 asukasta) ja pallolaajennuksia (1,06 / 1000 asukasta) tehdään muihin maakuntiin nähden vähän (koko maan arvot 1000 asukasta kohden vastaavasti 6,5 ja 2,8). Erityisesti pallolaajennusten määrä on pienin koko maassa. Keskussairaalan sijainti lähellä päivystäviä yliopistollisia kardiologisia yksiköjä selittää ainakin osan tästä havainnosta.

Päivystysaikana ja ensiavun kautta alkavien hoitojaksojen suuri osuus voi heijastaa maakunnan muun terveydenhuollon toiminnan puutteita tai pitkiä odotusaikoja suunniteltuun hoitoon. Kanta-Hämeen päivystyskäyntien määrä on maakuntien ylimmässä kolmanneksessa eli 273 / 1000 asukasta (koko maan mediaani 157), hoitojaksot alkavat noin puolessa tapauksista (48,7 %, koko maa 47 %) päivystyksellisesti ja paljolti ilman lähetettä (36,3 % hoitojaksoista, maan keskiarvo 23,9 %). Osittain päivystyksen runsasta käyttöä selittää alueella tehty päivystystoiminnan aktiivinen kehittäminen. Erikoissairaanhoidon odottavien lukumäärä on suurimpien joukossa (30,2 / 1000 asukasta, koko maan lukema 20,3). Odotusajan mediaani on kuitenkin alle maan keskitason (37 vuorokautta, koko maa 44). Kaihileikkaukseen pääsy

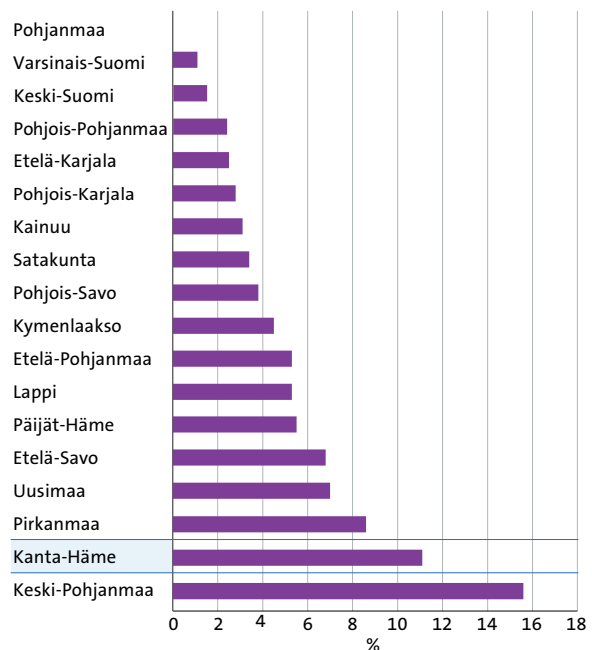
on pitkittynyt, sillä keskimääräinen odotusaika on pisimpien joukossa (93 vuorokautta, koko maa 79).

Maakunnan somaattisen erikoissairaanhoidon nettokäyttökustannukset ovat 1105 euroa asukasta kohden, eli maan keskitasoa ja kustannusindeksi on 97,4. Toimintakuluista henkilöstön osuus on 46,7 % ja ostopalvelujen 38 %; ostopalvelujen osuus on yli maan keskitason (vastaavat lukemat koko maassa ovat 52,3 % ja 30,8 %). Voimavarojen raportoinnissa kaikilla maakunnilla on valitettavia epätarkkuuksia, mutta sairaansijojen määrässä Kanta-Häme on maan keskitasoa (1,95 sairaansijaa / 1000 asukasta, koko maassa vastaava lukema on 2,2). Henkilötyövuosien määrä on myös maan keskitasoa (10,7 / 1000 asukasta, koko maa 11,8) samoin kuin lääkäri työvuosien resurssit (1,39 lääkärihv / 1000 asukasta, koko maa 1,34).

Tarkasteluun valituissa laatumääreissä maakunnan tulokset eivät ole vakuuttavia: lonkkamurtuman vuoksi leikkausta yli 2 päivää odottaneiden osuus on 11 % kaikista lonkkamurtumapotilaista (koko maa 4,2 %, vaihteluväli 0–15,3 %), sydäninfarktipotilaiden 30 päivän kuolleisuus on 10,3 % (koko maa 8,8 %, 5,5–10,8 %) ja uudelleen sairaalaan joutuu 14,2 % näistä potilaista (koko maa 13,3 %, 9,1–20 %). Staphylococcus aureukseen liittyvien bakteremioiden määrä on keskitasoa.

Kuvio 8

**Lonkkamurtuman leikkausta yli 2 päivää odottaneiden osuus (vakioitu) maakunnissa**



## Lasten, nuorten ja perheiden palvelut

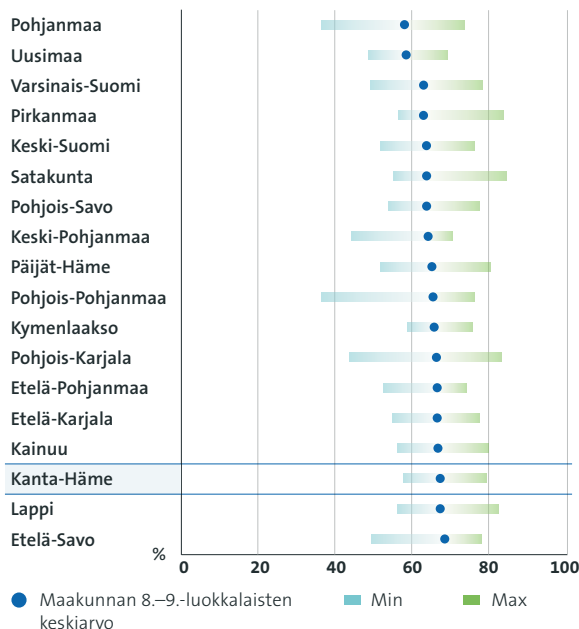
Kanta-Hämeessä lasten ja perheiden palvelut näyttävät arvioitujen indikaattorien valossa asiakaslähtöisiltä. Valtakunnalliset suositukset, jotka vaikuttavat lasten ja perheiden palvelujen laatuun, on huomioitu kohtalaisesti. Kirjaamisen puutteet heikentävät laajojen terveystarkastusten yhdenvertaisen toteutumisen arviointia.

Kanta-Hämeessä koulu- ja opiskeluterveydenhuolto on toteutettu hyvin. Äitiys- ja lastenneuvolapalveluiden toteutuminen Kanta-Hämeessä vastaa maan keskitasoa. Kanta-Hämeessä lastensuojelun asiakasmäärät olivat sekä avohuollossa että sijaishuollossa keskimääräistä suuremmat. Myös lastensuojelun kustannukset olivat keskimääräistä korkeammat.

Arvioinnissa käytetyt mittarit kuvaavat vain osaa lasten ja nuorten palveluista. Palveluiden tarvetta kuvaavia mittareita ei ollut mukana tässä arvioinnissa.

Kuvio 9

**Terveystarkastuksen toteutuminen oppilaslähtöisesti, maakunnan keskiarvo ja kuntien välinen hajonta**



## Perhekeskuspalvelut

Kaikki Kanta-Hämeen kunnat ilmoittivat, että kaikille lasta odottaville ja lapsille järjestetään lainmukainen laaja terveystarkastus. Laajaan terveystarkastukseen osallistuu ainakin toinen lapsen vanhemmista, ja terveydenhoitaja ja lääkäri tekevät tarkastuksen yhteistyössä. Potilastietomerkintöjen mukaan laaja terveystarkastus järjestetään kuitenkin vain kahdelle viidesosalle 4 kuukauden ja 4 vuoden ikäisistä lapsista. Erilaiset tulokset johtuvat asiakastietojärjestelmien ominaisuuksista ja kirjaamisen puutteista.

Asiakastytyväisyyskyselyn mukaan asiakkaat olivat tyytyväisiä lastenneuvolapalveluihin, ja tulos vastaa koko maan tasoa. Äitiys- ja lastenneuvolan terveydenhoitajien määrä vastasi hyvin ja lääkäreiden määrä kohtuullisesti henkilöstömäärästä annettuja suosituksia.

Suun terveystarkastus ensisynnyttäjille järjestetään Kanta-Hämeessä kohtalaisesti. Isyyden tunnustamisista suurehko osuus oli tehty raskausaikana äitiysneuvolassa.

Perheiden määrä sosiaalihuoltolain mukaisessa perhetyössä vastasi Kanta-Hämeessä maan keskitasoa, mutta lasten ja perheiden sosiaalipalveluiden (pois lukien lastensuojelu) nettokäyttökustannukset olivat jonkun verran muuta maata korkeammat.

## Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto

Maakunnassa vain 80 % terveyskeskuksista oli sisällyttänyt toimintasuunnitelmaansa perusopetuksen oppilaiden lakisääteiset kolme laajaa terveystarkastusta. Laajoissa terveystarkastuksissa edellytetty monialainen työ toteutui laadukkaasti. Opettajan antama arvio oppilaan selviytymisestä ja hyvinvoinnista koulussa sisältyi laajaan tarkastukseen suunnitelmallisesti 83 prosentissa maakunnan kouluista (maakuntien vaihteluväli 35–90 %).

Sekä 4. ja 5. luokan oppilaat että 8. ja 9. luokan oppilaat arvioivat viimeisimmän terveystarkastuksen toteutuneen laadukkaasti useammin kuin maassa keskimäärin. Tätä mieltä oli 4.–5. luokan oppilaista 53 prosenttia (koko maa 49 %) ja 8.–9. luokan oppilaista 63 prosenttia (koko maa 60 %).

Laajojen terveystarkastusten kirjaamisessa on Kanta-Hämeessä joko käytännöistä tai teknisistä pulmista johtuvia suuria puutteita. Ainoastaan 28 prosenttia 8.-luokkalaisten laajoista terveystarkastuksista kirjautui toteutuneiksi Avohilmo-rekisteriin (maakuntien vaihteluväli 6–34 %).



Kanta-Hämeen maakunnassa koululääkäreiden henkilöstömitoititus oli maan paras, ja valtakunnallinen suositus 2100 oppilaasta koululääkärihenkilötyövuotta kohden toteutui. Hyvä henkilöstöresurssi lieenee osaltaan mahdollistanut toiminnan laadukkuuden sekä tukenut hyvän opettajayhteistyön syntymistä laajojen terveystarkastusten ympärille.

8. ja 9. luokan oppilaista 38 prosenttia oli asioinut kouluterveydenhoitajalla myös muuten kuin terveystarkastuksissa. Tämä on saman verran kuin koko maassa keskimäärin (38 %).

Kanta-Hämeen kaikkien terveystarkastusten (100 %) suunnitelmiin sisältyi opiskeluterveydenhuollon lääkärintarkastus opiskeluaikana kaikille lukioiden ja ammatillisen oppilaitoksen opiskelijoille. Lakisääteisydestä huolimatta näin ei kirjata suunnitelmiin kaikissa maakunnissa (maakuntien vaihteluväli on lukioissa 80–100 % ja ammatillisissa oppilaitoksissa 50–100 %)

### Erityistason palvelut

Lastensuojelun palveluntarpeen arvioinneista 97 prosenttia oli Kanta-Hämeessä valmistunut kolmen kuukauden sisällä; lain edellyttämä valmistumisaika toteutui maakunnassa hyvin. Lastensuojelun avohuol-

lon asiakkuuksien määrä oli hiukan keskitasoa korkeampi muihin maakuntiin verrattuna. Avohuollon asiakassuunnitelmien määrä suhteessa avohuollon asiakkuuksiin (49/100) oli keskitasolla. Laki edellyttää asiakassuunnitelmaa kaikista asiakkuuksista. Lastensuojelun tehostetussa perhetyössä oli perheitä enemmän kuin maakunnissa keskimäärin. Kiireellisten sijoitusten määrä oli keskitasoa. Huostassa olleiden osuus vastaavanikäisestä väestöstä oli keskitasoa korkeampi muihin maakuntiin verrattuna. Lastensuojelun avohuollon palveluiden nettokäyttökustannukset olivat keskitasoa korkeammat, mutta perhe- ja laitoshoidon nettokäyttökustannukset olivat muihin maakuntiin nähden vain hiukan korkeammat huolimatta suuremmista asiakasmääristä.

Sairaalahoidon hoitopäivien määrä 0–17-vuotiailla oli maan keskitasoa. Synnytyssairaalan palveluihin oltiin Kanta-Hämeessä melko tyytyväisiä. Neljä lasta odotti Kanta-Hämeessä nuoriso- tai lastenpsykiatriseen hoitoon laissa säädettyä kolmea kuukautta pidempään vuoden 2017 seuranta-ajankohtina. Tavanomaisesti lasten ja nuorten psykiatriseen hoitoon pääsi 1–3 viikossa, mutta lastenpsykiatrian osalta odotusaika oli 31.8.2017 peräti 65 vrk, joka oli koko maan pisin odotusajan mediaani lasten- tai nuorisopsykiatriaan.

## Työikäisten sosiaalipalvelut

Työikäisten sosiaalipalvelujen tavoitteena on tukea työikäisiä asiakkaita elämänhallintaan, työhön, toimeentuloon ja opiskeluun liittyvissä asioissa sekä vähentää eriarvoisuutta. Tässä arvioinnissa työikäisten sosiaalipalvelujen tilaa tarkastellaan työttömyyden, eriarvoisuuden ja palvelujen saavutettavuuden näkökulmista.

Kanta-Hämeen kuntien alueella rakennetyöttömyyden aste on 5,4 prosenttia eli kansallista keskitasoa (6,2 %) matalampi ja maakunnallisten alueiden vertailussa kolmanneksi matalin. Työttömien aktiivointiaste (37,3 %) on kansallista keskiarvoa (31,6 %) korkeampi ja kansallisesti kolmanneksi korkein. Kuntouttavaan työtoimintaan osallistuvien osuus 15–64-vuotiaasta väestöstä (17,3 %) on maan keskitasoa (11,6 %) korkeampi. Työttömyysjakso venyi yli 12 kuukauden pituiseksi 11,7 prosentilla työttömäksi jääneistä; luku on kansallista keskitasoa (keskiarvo 11,9 %). Kunnan osarahoittaman työmarkkinatuen määrä kertoo, miten kunta on kyennyt ohjaamaan pitkään työttömänä olleita henkilöitä työllistymistä edistäviin palveluihin. Vuonna 2016 Kanta-Hämeen alueen kunnat maksoivat alueen asukkaille myönnettyä työmarkkinatukea takaisin valtiolle 10 437 972 euroa, mikä on 1918 euroa kutakin Kanta-Hämeen alueen pitkäaikaistyöttömä kohden (maan keskiarvo 1978 euroa).

Kanta-Hämeen alueella on ilmeisesti kyetty vaikuttamaan rakennetyöttömyyteen aktivointitoimilla. Myös kuntouttavan työtoiminnan palveluja on ollut hyvin saatavilla. Aktivointitoimilla ei kuitenkaan ole ollut erityisen vahvaa vaikutusta työttömyysjaksojen kestoan.

Asunnottomia on Kanta-Hämeen alueella 0,4 promillea eli alle kansallisen keskitason (1,2 ‰, mediaani 0,3 ‰). Toimeentulotukea myönnettiin 109 euroa asukasta kohden eli vähemmän kuin maassa keskimäärin (136 euroa / asukas). Toimeentulotukea pitkäaikaisesti saaneita 25–64-vuotiaita oli 2,1 prosenttia eli vähemmän kuin maassa keskimäärin (2,4 %). Kuitenkin nuorista 18–24-vuotiaista pitkäaikaisesti toimeentulotukea sai 4 prosenttia, mikä ylittää maan keskiarvon (3,6 %). Täydentävää toimeentulotukea myönnettiin Kanta-Hämeen alueella vuonna 2016 keskimäärin 482 euroa ja ehkäisevää toimeentulotukea 573 euroa tukea saanutta asukasta kohden. Vastavat koko maan keskiarvot olivat 551 euroa (täydentävä tuki) ja 632 euroa (ehkäisevä tuki).

Toimeentulotukiasiakkuuden pitkittyminen korostuu 18–24-vuotiaiden nuorten kohdalla, mikä voi viitata tarpeeseen vahvistaa nuorille tarkoitettuja palveluja. Täydentävällä ja ehkäisevällä tuella voidaan ottaa huomioon henkilön erityiset tarpeet ja olosuhteet sekä edistää omatoimista suoriutumista. Täydentävää ja ehkäisevää tukea myönnettiin jonkin verran keskimääräistä vähemmän.

Sosiaalipalvelujen saavutettavuutta selvitettiin vuoden 2017 ATH-kyselyn tulosten perusteella. Koko maassa vastaajista 79,8 prosenttia katsoi, että asiakasmaksut tai matkat eivät ole vaikeuttaneet palvelujen saavutettavuutta. Kanta-Hämeen alueella vastaava luku oli 85,4 prosenttia. Luku on kansallisesti vertailen toiseksi paras, mutta silti joka viidennellä vastanesta on ollut vaikeuksia saada sosiaalipalveluja. Maakunnittain tarkastellen vastaajia oli kuitenkin vähän, joten kyselyn tulokset ovat enintään viitteellisiä.

Kuvio 10

### Rakennetyöttömyys ja työttömien aktivointiaste Kanta-Hämeessä



## Vammaispalvelut

Henkilö, jolla on vammasta tai sairaudesta johtuva toimintarajoite, voi tarvita tavanomaisen elämänsä tueksi yleisten palvelujen lisäksi erityispalveluja. Tässä tarkastellaan vammaispalvelu- ja kehitysvammalakiin mukaisia palveluja vuoden 2016 tietojen perusteella. Myönnettyjen palvelujen perusteella saadaan kuvaa palvelujärjestelmästä.

Vammaisuuden palvelukokonaisuutta tarkastellaan alla olevassa kuviossa yhtenä kokonaisuutena. Kuviossa on yksittäisten palveluiden kokonaismäärä suhteutettuna alueen väkilukuun (vuoden 2016 tilastojen perusteella). Lukumäärät eivät kuvaa palvelujen piirissä olevien henkilöiden määrää vaan annettuja tai myönnettyjä palveluita. Tarkasteluun on otettu seuraavat palvelut: *asunnonmuutostyö ja asuntoon kuuluvat laitteet ja välineet, henkilökohtaisen avun asiakkaiden määrä, kehitysvammaisten henkilöiden määrä erilaisissa asumispalveluissa ja vaikeavammaisten palveluasumisessa, työllistämistä tukevien toimintojen sekä työ- ja päivätoiminnan piirissä olevien määrä, kodinhoitoapua saaneiden vammaistalouksien määrä, alle 65 vuoden ikäisiä hoitavien omaishoidontuen päätösten määrät sekä vammaispalvelulain mukainen kuljetuspalvelu.*

Lisäksi kuviossa on Kelan vammaisuuden perusteella maksamien etuuksien saajien määrä väkilukuun suhteutettuna 1000 asukasta kohden. Koko maassa vammaisetuksia myönnettiin 1 000 asukasta kohden noin 50 ihmiselle (49,9). Vammaisuuden perusteella myönnettyjen palvelujen määrä oli tuhatta asukasta kohden noin 65 (65,2). Vastaavat luvut olivat Kanta-Hämeen maakunnassa seuraavat: vammaisetuksien piirissä oli 46 (49,5) henkilöä 1000 asukasta kohden ja myönnettyjen palveluja määrä 1000 asukasta kohden oli 39 (38,9). Palveluiden myöntämisperusteet ja vammaisetuksien saamisen kriteerit poikkeavat toisistaan, eikä näin ollen vammaisetuksia saavien henkilöiden määrää voi suoraan pitää palveluita tarvitsevien määränä. Voidaan olettaa, että vammaisetuksia saavissa on runsaasti sellaisia henkilöitä, jotka eivät ole vammaispalveluiden piirissä. Mutta nämä henkilöt saattavat saada muita palveluja esimerkiksi sosiaali- huoltolain perusteella. Palvelujen kattavuus edellyttäisikin laajempaa selvitystä yhdessä tarvearvioinnin kanssa.

Kaksi suurinta palvelukokonaisuutta myönnettyissä palveluissa ovat henkilökohtainen apu ja liikumisen palvelut.

*Henkilökohtaisessa avussa* palvelun käyttäjien määrä koko maassa oli 383 henkilöä 100 000 asukasta kohden. Vastaava luku oli Kanta-Hämeessä 328. Asia-

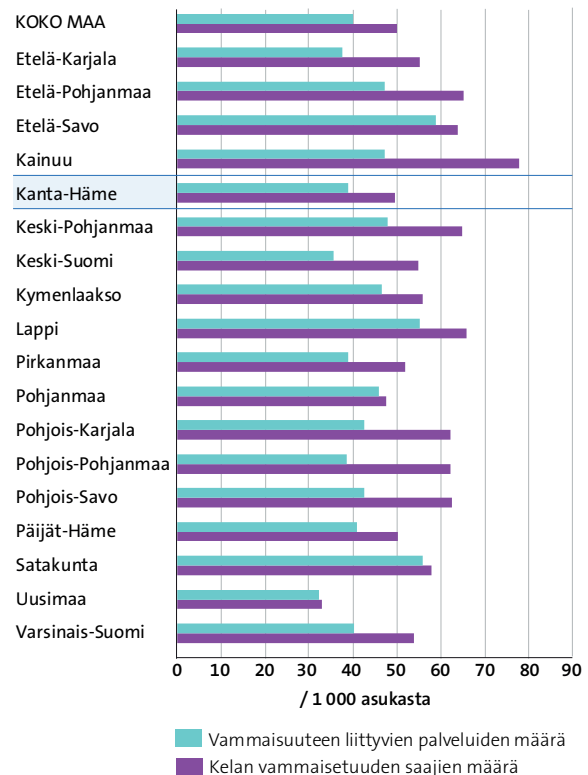
kasmäärä ei kerro siitä, kuinka paljon henkilökoh- taista apua on kullekin asiakkaalle myönnetty ja onko palvelu ollut riittävää ja vaikuttavaa.

*Liikkumisten palvelut* sisältävät hyvin monenlaisia palveluita. Erityispalvelujen tarpeeseen vaikuttavat alueelliset olosuhteet, esteettömyys ja palvelurakenne sekä tietenkin yksittäisten ihmisten tarve liikkua. Kanta-Hämeessä vammaispalvelulain mukaisia kuljetuspalvelun saajia oli 1648 100 000 asukasta kohden. Vastaava luku oli koko maassa 1783. Sosiaalihuoltolain mukaisia kuljetuspalveluita Kanta-Hämeessä sai 100 000 asukasta kohden 773 henkilöä kun koko maan vastaava luku oli 391.

Tarkasteluvuonna (2016) *vammaispalvelulain mukaisten palvelujen ja taloudellisten tukitoimien menot* koko maassa asukasta kohden olivat 117 euroa. Kanta-Hämeessä vastaava luku 109 euroa, kun suurin euromäärä oli 170 euroa / asukas. Maakuntien matalin euromäärä oli 92 euroa / asukas. Kokonaiskustannus- analyysia varten pitäisi huomioon ottaa vähintäänkin kehitysvammalain mukaisten palveluiden kustannukset sekä tieto siitä, millaisia ovat alueen yleiset palvelut ja esteettömyys. Saavutettavat ja toimivat yleiset palvelut vähentävät erityispalveluiden tarvetta.

Kuvio 11

**Vammaisetuksia saavien henkilöiden ja vammaisuuden liittyvien palveluiden määrän suhde väestöön vuonna 2016**



## Ikäihmisten palvelut

Ikääntyneen väestön toimintakyky on Kanta-Hämeessä maan keskitasoa. 75 vuotta täyttäneistä 23 prosentilla oli suuria vaikeuksia arkiaskareissa (koko maassa 25 %:lla). Riskiryhmien seuranta ja ennaltaehkäisevien terveyspalvelujen toimintaa kuvaa kausi-influenssarokotteen kattavuus, joka 65 vuotta täyttäneillä on Kanta-Hämeessä maan keskitasoa. Kanta-Hämeessä rokottamattomia on 54 prosenttia, koko maassa 53.

Ikäkkäiden palveluissa tavoitteena on, että kotona voi asua mahdollisimman pitkään. Kanta-Hämeessä säännöllisen kotihoidon piirissä oli vuoden 2016 marraskuussa 75 vuotta täyttäneistä naisista 13 prosenttia ja miehistä 8 prosenttia. Kattavuus on siten maan keskitasoa. Kotihoidon asiakas saa Kanta-Hämeessä keskimäärin 14 kotikäyntiä viikossa, koko maassa 13. Lisääntyvä kotihoito edellyttää, että kotiin voi tarvittaessa saada myös intensiivistä hoitoa, jolloin asiakas saa kotihoidon käyntejä yli 60 kertaa kuukaudessa, sekä ympärivuorokautista kotihoitoa. Koko maassa 33 prosenttia yli 75-vuotiaista kotihoidon asiakkaista sai intensiivistä hoitoa, Kanta-Hämeessä 32 prosenttia. Kotihoidon asiakkaiden mahdollisuus saada ympärivuorokautista kotihoitoa on maan keskitasoa (76 %).

Muistisairaat ovat suurin ikäkkäiden palveluja käyttävä asiakasryhmä. Kotihoidossa vain joka kolmannen asiakkaan kognitio on normaali, mutta kaikilla oireilevilla ei ole muistisairausdiagnoosia. Kanta-Hämeessä säännöllisistä kotihoidon asiakkaista 17 prosentilla oli muistisairaus diagnoosi (koko maassa 20 %). Panostus muistisairauksien tunnistamiseen kotihoidossa on siten keskiarvoa vähäisempi. Omaishoidon tuen valtakunnallinen kattavuustavoite on viisi prosenttia yli 75-vuotiaasta väestöstä. Kanta-Hämeessä omaishoidon kattavuus on 4 prosenttia, ja omaishoidossa olevista sai kotihoidon tukipalveluja vain 17 prosenttia, mikä on matalin osuus kaikista maakunnista.

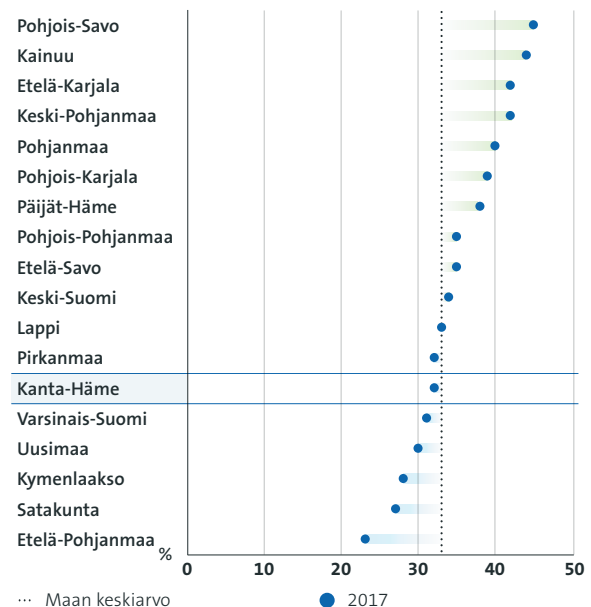
Koko maassa ikäkkäiden palvelurakenne on kevennyt, mikä on merkinnyt kotihoidon palvelujen käyttäjämäärien ja menojen kasvua. Kanta-Hämeessä ikäkkäiden palvelujen menoista on käytetty maakunnista vähiten kotihoidon palveluihin (25 %), koko maassa keskimäärin 32. Palvelurakenne painottuu siten keskivertoa enemmän tehostettuun palveluasumiseen ja laitoshoidon. Kotihoidon nettokäyttökustannukset (euroa asukas) olivat Kanta-Hämeessä 151 ja koko maassa 172 euroa.

Kotihoidossa toimivista työntekijöistä suurin osa on lähihoitajia, eikä maakuntien välillä ole juurikaan eroja lähihoitajien osuudessa. Sen sijaan sairaanhoitajien määrä vaihtelee maakunnittain (9,6–18,5 %). Kanta-Hämeessä sairaanhoitajia (14 %) on maan keskitason verran, ja sairaanhoitajien tekemän välittömän työajan osuus kokonaistyöajasta on maan keskitasoa (39 % vs. 37 %). Lähihoitajilla välitön työaika on hieman maan keskitason alapuolella (56 %).

Tavoitteellisella kuntoutuksella pyritään säilyttämään kotihoitoa saavan aktiivisuus ja elämänlaatu mahdollisimman hyvänä. Suurimmalla osalla kotihoidon asiakkaista tulisi olla tehtynä kuntoutussuunnitelma. Kanta-Hämeessä 39 prosenttia kotihoidon toimeksiköistä tekee systemaattisesti asiakkailleen kuntoutussuunnitelman. Kotihoidon henkilöstön kivunhoidon osaaminen on Kanta-Hämeessä maan keskiarvoa parempi. Asiakkaista 52 prosenttia saa palvelunsa toimeksiköistä, jossa kivunhoidon osaaminen on ”hyvä”; koko maassa osuus on 44 prosenttia (vaihteluväli 8–85 %). Asiakaspalautetta kerätään asiakkailta, omaisilta ja henkilöstöltä vaihtelevasti (vaihteluväli 41–94 %, vastaajatahosta riippuen). Kanta-Hämeessä palautetta kerätään lähes kaikilta asiakkailta (94 %), kun koko maassa vastaava osuus on 76.

Kuvio 12

Kotihoidossa intensiivistä hoitoa saavien asiakkaiden osuus (%)



Kanta-Hämeessä palvelurakenteen keventäminen on vielä kesken. Kotihoidon, myös intensiivisen ja ympärivuorokautisen palvelun, tarjonta on maan keskitasoa, mutta iäkkäiden palvelujen menoista on Kanta-Hämeessä käytetty maakunnista vähiten kotihoidon palveluihin. Vaikuttaa siltä, että palvelurakenne painottuu keskivertoa enemmän tehostettuun palveluasumiseen ja laitoshoitoon. Lisäksi Kanta-Häme jää omaishoidon valtakunnallisen kattavuustason alle ja omaishoidossa olevista saa kotihoidon tukipalveluja vain 17 prosenttia. Tämä on maakuntien osuuksista matalin. Panostus muistisairauksien tunnistamiseen kotihoidossa on keskivertoa vähäisempää.

Kanta-Hämeessä sairaanhoitajia kotihoidossa on maan keskitason verran, ja sairaanhoitajien tekemän välittömän työajan osuus kokonaistyöajasta on maan keskitasoa. Sen sijaan lähihoitajilla välitön työaika on hieman maan keskitason alapuolella. Asiakkaiden toimintakyvyn ylläpitämiseen ei kiinnitetä riittävää huomiota. Kanta-Hämeen kotihoidon toimitusyksiköistä vain 39 prosenttia tekee asiakkailleen systemaattisesti kuntoutussuunnitelman, vaikka kuntoutussuunnitelmia tulisi tehdä tarvittaessa kaikille kotihoidon asiakkaille. Kotihoidon henkilöstön kivunhoidon osaaminen on Kanta-Hämeessä maan keskiarvoa parempi ja asiakaspalautteen keräämisessä Kanta-Häme kuuluu maan parhaimmistoon.



# Saatavuus

Maakuntien arvioinnissa saatavuutta ja saavutettavuutta tarkastellaan viiden teeman avulla. Tarkastelussa käytetään tietoja hoitoon pääsystä, lastensuojelun palvelutarpeen arviointien tekemisestä ja kotihoidon yöaikaisen palvelun tarjonnasta sekä väestökyselyn tuloksia.

Perusterveydenhuollossa saatavuutta on arvioitu tarkastelemalla lääkärin vastaanotolle pääsemistä kiireettömän asian vuoksi. Osoittimeksi on valittu se, kuinka monta prosenttia potilaista pääsee vastaanotolle viikon sisällä hoidon tarpeen arvioinnista. Lisäksi perusterveydenhuollon hoitotakuun toteutumista on käsitelty perusterveydenhuollon toimialakohtaisessa kappaleessa.

Erikoissairaanhoidosta on tarkasteltu lakisääteisen hoitopääsyn määräajan (6 kk) ylittäneiden potilaiden määrää suhteutettuna väestömäärään. Läkärin palvelujen saatavuuden mittarina on tällä arviointikierroksella käytetty kotihoidon yöaikaisen palvelun tarjontaa. Lastensuojelussa palvelutarpeen arviointien pitäisi valmistua lakisääteisessä kolmen kuukauden määräajassa; näiden osuutta tarkastellaan yhtenä saatavuuden osoittimena.

Aikuisten sosiaalipalvelujen saavutettavuuden mittarina käytetään THL:n väestökyselyssä selvitettyä arvioita siitä, tuntuvatko sosiaalipalvelut asiakkaiden mielestä helposti saavutettavilta ja vaikuttavatko siihen hankala sijainti ja korkeat asiakasmaksut. Arvioinnissa ei ole muiden kuin sosiaalipalvelujen osalta käsitelty sitä, kuinka palvelut ovat tosiasiallisesti olleet saavutettavissa ja asukkaiden käytettävissä asiakasmaksujen, välimatkojen tai aukioloaikojen näkökulmasta. Esteettömyyttä ei ole tarkasteltu tässä yhteydessä.

**Kanta-Hämeen** alueella kiireettömän asian vuoksi perusterveydenhuollon lääkärille pääsy on hyvällä tasolla: viikon sisällä lähes kaksi kolmasosaa potilaista pääsee vastaanotolle. Erikoissairaanhoidon yli kuusi kuukautta odottaneita on vähän. Kotihoidon ympärivuorokautista hoivaa on saatavilla hyvin. Lastensuojelun palvelutarpeen arvioinneissa maakunnassa on onnistuttu kohtalaisesti, sillä noin kolme prosenttia arvioinneista ylittää kolmen kuukauden määräajan. Vain kahdessa maakunnassa, Kanta-Hämeessä ja Etelä-Pohjanmaalla, sosiaalipalvelujen saavutettavuus on hyvä tasolla.

Kuvio 13

## Palveluiden saatavuus Kanta-Hämeessä

	Perusterveydenhuollon hoitopääsy*	Kotihoidon ympärivuorokautinen saatavuus	Lastensuojelun palvelutarpeen arvioinnin valmistuminen määräajassa	Sosiaalipalvelujen saavutettavuus**	Erikoissairaanhoidon hoitopääsy***
Etelä-Karjala	■	●	●	■	●
Etelä-Pohjanmaa	■	●	▼	●	■
Etelä-Savo	●	●	●	▼	●
Kainuu	■	●	▼	▼	●
Kanta-Häme	●	●	■	●	●
Keski-Pohjanmaa	●	■	●	■	■
Keski-Suomi	■	●	●	▼	▼
Kymenlaakso	●	●	●	■	▼
Lappi	▼	■	■	▼	●
Pirkanmaa	■	■	●	■	■
Pohjanmaa	▼	●	▼	■	■
Pohjois-Karjala	▼	●	●	■	■
Pohjois-Pohjanmaa	■	●	▼	▼	■
Pohjois-Savo	▼	●	●	▼	■
Päijät-Häme	▼	●	●	▼	●
Satakunta	▼	■	■	▼	●
Uusimaa	■	●	●	■	▼
Varsinais-Suomi	▼	■	■	■	■

● Hyvä ■ Kohtalainen ▼ Vaatii huomiota ■ Ei tietoa

\* Lääkärille kiireettömän asian vuoksi

\*\* Väestökysely

\*\*\* Yli 6 kk odottaneet

## Laatu ja vaikuttavuus

Maakuntien arvioinnissa laatua ja vaikuttavuutta tarkastellaan viiden teeman avulla: perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido, ennaltaehkäisy näkökulma, sosiaalipalvelut ja terveydenhuollon asiakastytyvyisyys. Kustakin alueesta on valittu 1–3 indikaattoria. Laatu ja vaikuttavuus ovat laajoja ja paljon eri asioita sisällään pitäviä käsitteitä, ja tämä tarkastelu kertoo laadusta ja vaikuttavuudesta vain valittujen indikaattorien osalta.

Perusterveydenhuollon laatua on arvioitu sen mukaan, kuinka monelle potilaalle on määrätty hoidoksi antibiootti määrittämättömään ylähengitystieinfektioon. Antibioottihoidolle ei ole perusteita ilman selkeämpää diagnoosia, mutta sitä päädytään määräämään joskus taudin pitkittyessä ilman kunnon indikaatiota. Mittari kertoo rationaalisen lääkehoidon toteutumisesta.

Erikoissairaanhoidosta on valittu tarkasteluun lonkan ja polven tekonivelen uusintaleikkauksien määrä kahden vuoden seuranta-aikana. Laatu on sitä parempi, mitä vähemmän uusintaleikkauksia joudutaan tekemään.

Ennaltaehkäisevästä toiminnasta tarkastellaan pikkulasten rokotusohjelmaan kuuluvan viitosrokotteen (DTaP-IPV-Hib) kolmen annoksen rokotussarjan toteutumista. Koska on hyvin harvinaista, että lääketieteellinen syy estäisi rokotussarjan aloittamisen tai sen jatkamisen loppuun, mittari kuvaa neuvolatyön laatua ja rokotusten kirjaamisen toteutumista. Valtakunnallisesti lähes kaikille lapsille aloitetaan viitosrokotussarja, joka suojaa kurkkumädältä, jäykkäkouristukselta, hinkuyskältä, polioltalta ja Hib-bakteerin aiheuttamilta tulehduksilta. Ollakseen hyvässä suojassa henkeä uhkaavilta taudeilta lapsi tarvitsee koko sarjan. Laumaimmunitteetti ei suojaa esimerkiksi jäykkäkouristukselta. Toiminnan laatu ja vaikuttavuus on sitä parempi, mitä korkeampi kolmen annoksen sarjan toteutumisen kattavuus on.

Sosiaalipalveluista on indikaattoriksi valittu lastensuojelun asiakkaiden asiakassuunnitelmien määrä. Lain mukaan lastensuojelun avohuollon asiakkaalle tulee tehdä asiakassuun-

nitelma. Asiakassuunnitelmalla on tarkoitus varmistaa, että palvelu on suunnitelmallista ja sen tuloksia arvioidaan säännöllisesti. Asiakassuunnitelmien laatimisessa on maakuntien välillä isoja eroja, mutta missään maakunnassa se ei toteudu vielä tavoitteen mukaisesti.

Asiakastytyvyisyydessä on huomioitu synnytys-sairaalakyselyn asiakkaiden sairaalalle antama kokonaisarvosana sekä lasten- ja äitiysneuvolakyselyjen palvelujen hyödyllisyyttä ja asiakaspalvelua mittaavat kysymykset.

**Kanta-Hämeessä** noin joka viidennelle määrittämättömä ylähengitystieinfektiota sairastavalle potilaalle oli määrätty antibioottia. Eri maakunnissa luku oli 10–32 prosenttia. Lonkan tekonivelen uusintaleikkauksien määrä oli selvästi maan keskiarvoa suurempi, ja polven tekonivelen uusintaleikkauksia oli tehty maakunnista toiseksi eniten. Viitosrokotteen rokotussarjan oli vuonna 2014 syntyneistä lapsista saanut 94,7 prosenttia. Rokotussarja oli aloitettu 98,5 prosentille lapsista, ja maakunnan tulisi selvittää esimerkiksi, jääkö rokotussarja kesken ilman päteviä perusteita vai onko kyse kirjaamisen tai tiedonsiirron ongelmista. Lastensuojelun avohuollon asiakassuunnitelmia oli tehty riittämättömästi, vain noin puolelle asiakkaista. Asiakassuunnitelma tulee lain mukaan tehdä kaikille asiakkaille. Asiakastytyvyisyys oli maan keskitasoa.

Kuvio 14

### Palveluiden laatu ja vaikuttavuus Kanta-Hämeessä

	Rationaalinen lääkehoito ylähengitystie- infektiossa	Lonkan ja polven tekonivelen uusinta- leikkausten määrä	Pikkulasten viitosrokotteen (DTaP-IPV-Hib) rokotussarjan toteutuminen	Lastensuojelun asiakas- suunnitelmien määrä	Asiakaspalaute synnytys- sairaaloista ja neuvoloista
Etelä-Karjala	■	●	■	▼	■
Etelä-Pohjanmaa	●	■	▼	■	●
Etelä-Savo	▼	●	▼	▼	■
Kainuu	■	▼	▼	■	●
Kanta-Häme	■	▼	■	▼	■
Keski-Pohjanmaa	▼	▼	■	■	■
Keski-Suomi	▼	■	■	▼	■
Kymenlaakso	▼	●	■	■	▼
Lappi	■	▼	▼	▼	■
Pirkanmaa	■	■	▼	▼	▼
Pohjanmaa	▼	●	▼	■	●
Pohjois-Karjala	▼	●	▼	■	●
Pohjois-Pohjanmaa	■	▼	■	▼	▼
Pohjois-Savo	▼	■	▼	■	●
Päijät-Häme	▼	●	▼	▼	▼
Satakunta	▼	■	■	▼	●
Uusimaa	■	■	▼	▼	■
Varsinais-Suomi	▼	■	▼	■	■

● Hyvä ■ Kohtalainen ▼ Vaatii huomiota — Ei tietoa

## Asiakslähtöisyys

Terveystalveten asiakslähtöisyyttä arvioidaan kolmen väestökyselyyn perustuvan indikaattorin avulla. Valinnanvapauden edellytyksiä arvioitiin kysymyksellä, joka kartoittaa näkemyksiä mahdollisuudesta valita terveystasema, sekä summamuuttujalla, joka kuvaa terveydenhuollon hoitopaikkoja koskevan vertailutiedon riittävyyttä. Terveystalveten palveluprosessien sujuvuutta on arvioitu kysymällä, millaisia kokemuksia vastaajalla on asioiden hoitamisen sujuvuudesta ja ammattilaisten välisestä tiedonkulusta terveystalvetuissa. Tulosten tulkinnassa tulee ottaa huomioon, että kyselyaineistot perustuvat pieniin kansallisiin otoksiin: niitä ei voi luotettavasti yleistää yksittäisiin maakuntiin. Lisäksi asiakslähtöisyyttä kuvataan TEAviisariin perustuvalla asukkaiden osallisuutta kuvaavalla indikaattorilla johon on summattu onko kunnissa vuonna 2017 määritelty asukkaiden osallistumisen edistämisen tavoitteet, toimenpiteet, resurssit ja vastuut. Erikseen tarkasteltiin kuntalaisten

mahdollisuuksia saada kunnan verkkosivuilta tietoa osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksistaan ja -keinoistaan sekä sitä, onko kunnassa laadittu osallisuusohjelma. Näiden TEAviisari tulosten tulkinnassa on huomiotava, että kyse on hallinnollisista toimista, jotka eivät vielä kerro vielä miten asukkaiden ja palveluiden käyttäjien osallisuus toiminnan tasolla toteutuu.

**Kanta-Hämeessä** asukkaat pitivät terveystalveten valitsemisen mahdollisuuttaan kohtalaisen yleisesti hyvänä. Valinnan kannalta olennaista vertailutietoa oli saatavilla heikosti jopa verrattuna koko maan tilanteeseen. Terveydenhuollon palveluprosessit toteutuivat Kanta-Hämeessä asuvien mukaan sujuvasti kohtalaisen usein, joskin jonkin verran heikommin kuin koko maassa keskimäärin. Asukkaiden osallisuuden edistäminen on huomiotu Kanta-Hämeessä lähes samoin kuin Suomessa keskimäärin. Lisäksi 63 prosenttia alueen kunnista on kuvannut verkkosivuillaan kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksia. Erillinen osallisuusohjelma oli laadittu yhdessä Kanta-Hämeen kunnassa.

Kuvio 15

### Palveluiden asiakslähtöisyys Kanta-Hämeessä

	Mahdollisuus valita terveystasema*	Vertailutietoa hoitopaikoista*	Väestö kokee terveystalvet sujuviksi*	Osallistumisen edistämistoimet
Etelä-Karjala	●	▼	▼	●
Etelä-Pohjanmaa	■	■	■	▼
Etelä-Savo	■	▼	▼	■
Kainuu	■	▼	▼	▼
Kanta-Häme	■	▼	■	■
Keski-Pohjanmaa	●	▼	■	■
Keski-Suomi	■	▼	■	●
Kymenlaakso	●	▼	■	▼
Lappi	■	■	■	■
Pirkanmaa	■	▼	■	■
Pohjanmaa	■	▼	■	■
Pohjois-Karjala	■	▼	■	▼
Pohjois-Pohjanmaa	●	▼	■	■
Pohjois-Savo	■	▼	■	■
Päijät-Häme	●	▼	■	●
Satakunta	■	▼	■	■
Uusimaa	■	▼	■	●
Varsinais-Suomi	■	▼	■	■

● Hyvä ■ Kohtalainen ▼ Vaatii huomiota — Ei tietoa

\* Väestökysely

## Yhdenvertaisuus

Yhdenvertaisuutta tarkastellaan arvioinnissa yhtäältä tasa-arvo- ja yhdenvertaisuuslakien pohjalta ja toisaalta yhteiskunnallisen eriarvoisuuden aiheuttamien hyvinvointi- ja terveyserojen näkökulmasta.

Ensimmäisenä teemana arvioinnissa ovat maakunnan toiminnalliset lähtökohdat yhdenvertaisuuden ja sukupuolten tasa-arvon edistämiseen. Osoittimena on käytetty kuntien yhdenvertaisuus- ja tasa-arvolakeja toimeenpanevien suunnitelmien laadintaa ja väestöryhmittäisten terveyserojen raportointia. Toisena teemana arvioinnissa on erityispalveluiden järjestäminen haavoittuville ryhmille. Tällä arviointikierroksella on tarkasteltu vammaisille ja työttömille suunnattuja palveluita, joilla on tarkoitus lisätä yhdenvertaisen osallisuuden mahdollisuuksia ja kaventaa eriarvoisuudesta johtuvia terveyseroja. Vammaispalvelujen saatavuudesta kerätään tietoa koko väestölle tehtävillä kyselyillä, mutta niissä vammaispalveluiden käytöstä kertyy niin vähän kokemuksia, ettei edes viitteellistä arviota saatavuudesta voida tehdä kaikista maakunnista. Työttömien terveystarkastusten tilastointi kunnissa vaihtelee suuresti, joten tiedot ovat vain viitteellisiä.

Kolmantena teemana arvioinnissa on yhdenvertaisuuden ja tasa-arvon toteutuminen koko väestölle suunnatuissa palveluissa. Esimerkkinä on tässä käytetty terveyskeskuslääkärin palveluita. Arvioinnin kohteena ovat miesten ja naisten sekä ikä- ja koulutusryhmien väliset erot palveluiden koetussa riittävydessä. Palvelut riittämättömiksi kokevien osuus oli kaikissa maakunnissa sitä pienempi, mitä vanhemmasta ikäryhmästä oli kyse. Naiset pitivät palveluja miehiä useammin riittämättöminä; koulutusryhmien järjestys vaihteli maakunnasta toiseen. Jatkossa on tarkoitus arvioida palveluiden yhdenvertaista saatavuutta, saavutettavuutta ja laatua myös muiden yhdenvertaisuus- ja tasa-arvolakien tarkoittamien henkilöön liittyvien syrjintäperusteiden mukaan.

Tällöin voidaan tarkastella muun muassa ulkomaa-laistaustaisia ja eri kieliryhmiä. Yhdenvertaisuuden tarkastelu on toistaiseksi vain suuntaa antavaa. Tietopohjaa haavoittuvien ryhmien palvelutarpeen selvittämiseksi on laajennettava jatkossa.

**Kanta-Hämeen** kunnissa suunnitelmien laadinta yhdenvertaisuuden ja sukupuolten tasa-arvon edistämiseksi kunnan toiminnassa on vasta aluillaan. Väestöryhmien välisistä terveyseroista valtuustolle raportoivien kuntien osuus kaikista kyselyyn vastanneista alueen kunnista oli Kanta-Hämeessä keskitasoa pienempi. Alueen kunnissa työttömien terveystarkastuksia oli kirjattu perusterveydenhuollossa vähemmän kuin maakunnissa keskimäärin (koko maassa 0,3–5 % työttömistä työnhakijoista). Väestöryhmien väliset erot siinä, kuinka moni oli mielestään saanut tarpeeseensa nähden riittämättömästi terveyskeskuslääkärin palveluita, olivat keskimäärin pienet. Koulutusryhmien välillä oli kuitenkin suuria eroja, kun taas ikäryhmien ja sukupuolten väliset erot kuuluivat pienimpään kolmannekseen. Kanta-Hämeessä yhdenvertaisuuden edistämisen haasteita pienentävät vähäinen rakennetyöttömyys ja väestön hyvä terveydentila. Toisaalta koulutuksen ulkopuolelle jääneiden nuorten osuus on suuri.

Kuvio 16

### Palveluiden yhdenvertaisuus Kanta-Hämeessä

	Yhdenvertaisuus- ja tasa-arvosuunnitelmat	Väestöryhmittäisten terveyserojen raportointi valtuustolle	Riittämätön vammais- palvelujen saanti*	Työttömien terveys- tarkastukset	Erot sukupuolten, ikä- ja koulutusryhmien välillä terveyskeskuslääkäripalvelujen saannissa*
Etelä-Karjala	▼	●	■	●	●
Etelä-Pohjanmaa	▼	▼	■	●	▼
Etelä-Savo	●	●	▼	▼	●
Kainuu	●	■	—	●	▼
Kanta-Häme	▼	▼	—	▼	●
Keski-Pohjanmaa	■	■	—	●	■
Keski-Suomi	▼	■	●	■	●
Kymenlaakso	▼	▼	—	▼	■
Lappi	●	●	—	■	■
Pirkanmaa	■	●	■	●	■
Pohjanmaa	▼	▼	—	▼	■
Pohjois-Karjala	■	■	●	●	▼
Pohjois-Pohjanmaa	●	●	■	■	●
Pohjois-Savo	■	●	▼	▼	●
Päijät-Häme	■	■	■	▼	●
Satakunta	●	▼	●	▼	▼
Uusimaa	■	■	▼	▼	▼
Varsinais-Suomi	●	▼	●	▼	▼

● Hyvä ■ Kohtalainen ▼ Vaatii huomiota — Ei tietoa

\* Väestökysely

## Kansalliset lähteet

Ammattibarometri. [www.ammattibarometri.fi](http://www.ammattibarometri.fi)

Aro Timo & Aro Rasmus: Seutukuntien elinvoimaindeksi. Helmi-kuu 2016. <https://www.slideshare.net/TimoAro/seutukuntien-elinvoimaindeksi-2016>

Häkkinen Pirjo & Matveinen Petri. Sairaaloitten tuottavuus 2015. Tilastoraportti 6/2017, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Lääkäriliitto. Terveyskeskusten lääkäritilanne. <https://www.laakariliitto.fi/tutkimus/laakarityovoima/>

Maakuntien rahoitus siirtymäkauden aikana 2019–2024, muutos suhteessa lähtötilanteeseen. Valtiovarainministeriö 18.5.2017

Nybondas-Kangas, Henriikka & Pakarinen, Terttu & Heiskanen, Margareta & Hotti, Anne; Juutinen, Mika & Paakkonen, Niina & Ruskoaho, Juho & Hakonen, Anu. Sote- ja maakuntauudistuksen henkilöstövaikutusten ennakoarviointi. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 49/2017. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-419-1>

Ranta, Tommi & Manu, Samuli & Laasonen, Valtteri & Uusikylä, Petri & Leskelä, Riikka-Leena. Kohti uusia maakuntia Sote- ja maakuntauudistuksen toimeenpanon esivalmisteluvaiheen yhteenveto. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 74/2017.

TEM: Alueellinen matkailutilinpito. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisu 21/2017.

TEM: Alueiden vahvuuksien analyysi. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisu 24/2017.

TEM (Repo, Joona): Maakuntien suhdannekatsaus 2017. Tuotanto, työmarkkinat, yritystoiminta, väestö. TEM-analyysija 78/2017

TEM Toimialapalvelu: Alueelliset kehitysnäkymät. Syksy 2017

TEM Toimialapalvelu: Toimialaraportit, Terveys- ja sosiaalipalvelut. Syksy 2017.

TEM: Työllisyyskatsaus, [www.temtyollisyyskatsaus.fi](http://www.temtyollisyyskatsaus.fi)

THL: Terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2014. Tilastoraportti 1/2018, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Tilastokeskuksen tilastotiedot. <http://www.stat.fi>

- Väestö
- Kansantalous
- Terveys
- Koulutusaste

Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet <https://www.sotkanet.fi>

- Ohjelmien seuranta-indikaattorit, maakuntien seuranta- ja arviointi (simulaatioharjoitus)
- THL:n sairastavuusindeksi

Vaalavuo, Maria & Häkkinen Unto & Fredriksson Sami. Sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetekijät ja valtionosuusjärjestelmän uudistaminen. Raportti 24/2013. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

## Alueelliset lähteet

<http://hameenliitto.fi/>

<http://hameenliitto.fi/fi/tilastot>

[http://hameenliitto.fi/sites/default/files/kanta-hameen\\_varautumissuunnitelma\\_2016.pdf](http://hameenliitto.fi/sites/default/files/kanta-hameen_varautumissuunnitelma_2016.pdf)

<http://omahame.fi>

- Kanta-Hämeen sote- ja maakuntavalmisteluun toimintasuunnitelma 2017–2019, Luonnos 23.10.2017
- Kokousmuistioita, nykytilakartoituksia, valmisteluaineistoa, työryhmien raportteja
- Oma Häme, ESITYSLUONNOKSIA PALVELUVERKOSTA, Taus- tamateriaali 21.3.2017
- [http://omahame.fi/wp-content/uploads/2016/04/omahame\\_hankkeen\\_riskianalyysi.pdf](http://omahame.fi/wp-content/uploads/2016/04/omahame_hankkeen_riskianalyysi.pdf)

Kanta-Hämeen ennakoitun rakennemuutoksen suunnitelma, varautumissuunnitelma.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos  
PL 30 (Mannerheimintie 166)  
00271 Helsinki

ISBN:978-952-343-051-8 (verkkojulkaisu)  
ISSN 1799-3946 (verkkojulkaisu)  
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-051-8>

[www.thl.fi/julkaisut](http://www.thl.fi/julkaisut)